

Ulrich H. J. Körtner

A betegápolás etikája

Presa Universitară Clujeană

Debreceni Szociáletikai Intézet Kiadványai 9. *SZIK*

Ulrich H. J. Körtner
A betegápolás etikája

ISBN 978-606-37-1097-1

Universitatea Babeş-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@ubbcluj.ro
http://www.editura.ubbcluj.ro/

Ulrich H. J. Körtner

A BETEGÁPOLÁS ETIKÁJA

Presa Universitară Clujeană /
/ Kolozsvári Egyetemi Kiadó
Debreceni Református Hittudományi
Egyetem Szociáletikai Intézete
2021

A fordítás alapjául szolgáló kiadás:
Ulrich H. J. Körtner: Curs fundamental de etica îngrijirii
(trad. Daniel Buda), Sibiu, Editura Schiller, 2012

A magyar nyelvű fordítás számára a szakmai lektorálás
során figyelembe vett kiadás:
Ulrich H. J. Körtner: Grundkurs Pflegeethik
(3., überarbeitete und erweiterte Auflage),
Wien, Facultas Verlag, 2017

Fordították a Babeş-Bolyai Tudományegyetem
Református Tanárképző és Zeneművészeti Kar alkalmazott
teológia mesterszakos hallgatói:
Adorján Dénes, Babos Berta, Demeter Erdei Zoltán,
László Varga Judit, Máté János, Szabó Éva, Székely B. Tímea,
Szőcs Endre, Veres Miklós

Szakmai lektor:
Juhász Tamás

Kiadja:
Babeș-Bolyai Tudományegyetem Református Tanárképző
és Zeneművészeti Kar,
Kolozsvári Egyetemi Kiadó
ISBN: 978-606-37-1046-9 (print)
ISBN: 978-606-37-1097-1 (e-book)

és a
Debreceni Református Hittudományi Egyetem Szociáletikai Intézete
Sorozatcím: Szociáletikai Intézet kiadványai (SzIK) 9.
ISSN 1785-6027 ISBN: 978-615-5853-35-7

A kiadást támogatta:
Tiszántúli Református Lelkésztovábbképző Intézet
Pro Ecclesia Paulinorum Alapítvány

A szöveget gondozta:
Fazakas Sándor, Péter István, Tóth Erika (anyanyelvi lektor)

TARTALOMJEGYZÉK

ELŐSZÓ

Az idők folyamán egész sor orvosetikai tankönyv született, viszont a betegápolás etikájáról alig szól néhány. Úgyhogy – bármennyire is fiatal tudományág az ápolástudomány – ezen a területen van mit pótolni. Ennek elméleti és gyakorlati okai is vannak.

Az egyik az, hogy a betegápolás etikájának státusa még nincs tisztázva. Az ápolás rendjén fellépő számos etikai kérdés nemcsak a betegápolást illeti, hanem a végső felelősséget hordozó kezelőorvost, valamint a hozzátartozókat és a beteget is. Az általános orvosetikai és ápolásetikai kérdések nagymértékben fedik egymást. Ugyanakkor látnunk kell, hogy a betegápolóknak napi szinten nemcsak több kapcsolatuk van a betegekkel, mint a kezelőorvosoknak, hanem a másokkal osztott közös felelősség mellett munkájuknak van saját felelősségükre bízott külön területe is. Igaz, ehhez a külön területhez tartozik a diagnosztikai és terápiás intézkedések és teendők orvosi rendelkezésre történő végrehajtása is. Az osztrák egészségügyi és betegápolási törvény 2016-os új kiadása világosan leszögezi, hogy a felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálat legfontosabb ápolási kompetenciái – köztük az ápolásért viselt teljes felelősség, valamint „minden etikai vonatkozású, evidencián és kutatáson alapuló tevékenység, a tudásmenedzsmentet is beleértve" – kizárólag a betegápolói hivatás saját felelősségi körébe tartoznak (2016. évi egészségügyi és betegápolási törvény, 14. szakasz, 2. bekezdés). Továbbá hozzá kell számítani, hogy az orvostudomány és a betegápolás céljai sokszor egészen eltérőek. Éppen ezért szükség van sajátos, az egészségügy általános etikájában foglalt betegápolási etikára. Végül, jó tudni, hogy a felsőfokú betegápolói tisztség hivatalos neve Ausztriában, és 2004. január 1. óta Németországban is: „egészségügyi és betegápoló (nővér)" (Svájcban ápolónő, illetve ápoló). A fentiekből indul ki a betegápolási etikának a jelen tankönyvben kifejtett értelmezése, s persze hangsúlyoznunk kell, hogy ez a könyv nemcsak a felsőfokú betegápolói hivatásnak szól, hanem a segédápolói és az idősgondozói hivatást gyakorlóknak is.

A betegápolási etika státusát nemcsak elméletileg, a képzés és továbbképzés tekintetében kell tisztázni. Igaz, hogy ma már az ápolóképzés kötelező tantervéhez örvendetes módon hozzátartozik az „Etika" mint tantárgy, mégpedig nagyobb óraszámban, mint az orvosképzés egynémely új tantervében. A hivatásetika, az ápolástan és a betegápolás története általában közös tantárgyat képez. Ezenkívül etikával kapcsolatos részek vannak az olyan tárgyakon belül, mint a kommunikáció, a pszichológia, a szociológia és az ápoláspedagógia. Voltaképpen az etikai kérdések szorosan összefüggenek a kommunikáció vagy a pedagógia kérdéseivel. Gyakran kiderül, hogy az orvoslásban és a betegápolásban felmerülő etikai jellegű problémák valójában kommunikációs problémák. Persze a szó igazi értelmében más a kommunikáció és más az etika, még ha az orvoslásban és a betegápolásban párbeszédes formában és folyamatszerűen történik is az etikai véleményformálás és a konkrét döntés megtalálása. Ezért kell hangsúlyoznunk, hogy az etika tudományos filozófiai (és teológiai) diszciplína, amelynek saját tárgya és önálló módszere van. Jó volna, ha mind az orvos- és ápolóképzés, mind az orvos- és ápoló-továbbképzés tantervei kellőképpen figyelnének erre.

Jelen kötetet bevezető tankönyvnek szántuk a betegápolók képzéséhez és továbbképzéséhez, az ápolástudomány tanulásához és a szakfőiskolák évfolyamainak. A betegápolási etika alapkérdéseivel és elméleti alapjaival foglalkozik. Nemcsak a kórházi tevékenységet kell itt figyelembe venni, hanem a tartósan kezelésre szorulók és az idősek gondozását, valamint az intézményen kívüli (házi) betegápolást is. Az Egyesült Államokban ezen kívül, az általános orvosi etika és a betegápolói etika mellett külön szakterületté nőtte ki magát a kórházi etika (clinical ethics). A kórházi etika interdiszciplináris módon foglalkozik a kórházban dolgozó orvosokat és betegápolókat egyaránt érintő etikai kérdésekkel. Ennek gyakorlati eszköze az úgynevezett kórházi etikai bizottság, amely Ausztriában szinte alig ismert intézmény. Németországban ezzel szemben a felekezeti kórházszövetségek mindenütt elkezdtek ilyen fórumokat létrehozni. Érdemes tanulni tőlük.

A könyv 1–7. fejezete a betegápolói etika elméleti alapjaiba kíván bevezetni. A 8. fejezetben bemutatjuk az etikai ítéletalkotás egy konkrét modelljét. A 9. fejezet a klinikai etikatanácsok feladatairól és munkamódszeréről ad tájékoztatást. A 10.-től a 13.-ig terjedő fejezetekben

a betegápolói etika materiális-etikai kérdéseit mutatjuk be az ápoláskutatásban, a halálközeli ápolásban, az intenzív orvoslásban és a transzplantációs orvoslásban adódó etikai példák alapján. A 14. fejezetben egy sor példát találunk olyan esetekről, amelyeken látni lehet, hogyan működnek a betegápolói etika ítéletalkotásának korábban ismertetett elvei és szabályai a gyakorlatban. Német és angol nyelvű szakirodalom-jegyzéket találunk minden fejezet után és a könyv legvégén.

Ez a bevezető jegyzet azokból az előadásaimból született, amelyeket egészségügyi és betegápolóknak szervezett szakképzéseken, továbbképzéseken és különleges képzéseken tartottam, többek között a Bécsi Közkórház Szak- és Különleges Képzési Akadémiáján, valamint a Bécsi Egyetem Orvosetikai és Orvosjogi Intézete keretében. A könyv megírására a feleségem, Martina Körtner ösztönzött, aki évek óta végez a házi beteggondozásban és sclerosis multiplex betegek egyik nappali otthonában gyakorlati irányítást. A könyv egészének tervét és egyes témái megtárgyalását, továbbá számos utalást és kiigazítást neki köszönök. Hálás vagyok a bécsi Rudolfinerhaus által szervezett első kétéves „Ápolási tanácsadás" továbbképző tanfolyam résztvevőinek: velük nagyon tanulságos intenzív tanfolyam keretében „kipróbálhattuk" és alaposan megtárgyaltuk e könyv első változatát.

A betegápolás és a betegápolás etikája ma már globális összefüggésekben értelmezhető. Nemcsak arról van szó ugyanis, hogy nemzetköziesítésre került az erre vonatkozó tudományos kutatás. Szemünk előtt bontakozott ki az ápolásban részt vevő szakemberek migrációja annak minden előnyével és hátrányával a fogadó és a kibocsátó országok tekintetében. A betegápolás és szociális ellátás terén tapasztalható szakemberelvándorlás tovább erősíti a fejlett és az ún. fejlődő országok közötti különbségeket még Európán belül is. Éppen ezért égetően szükség van a betegápolás etikája terén a nemzetközi együttműködésre. Az a tény, hogy ide vonatkozó tankönyvem magyar nyelven megjelenik, nagy örömmel tölt el. Ez a fordítás annak a többéves kapcsolatnak a gyümölcse, amely az én bécsi tanszékem és a Debreceni Református Hittudományi Egyetem, különösen is a Szociáletikai Tanszék között fennáll. D. dr. Fazakas Sándor professzor kezdeményezte ezt fordítást és koordinálta a kötet kiadását. Ezért nagyon há-

lás vagyok neki. De illesse köszönet a Babeş-Bolyai Tudományegyetem Református Tanárképző és Zeneművészeti Karának alkalmazott teológia mesterszakos hallgatóit, akik az egyes fejezeteket fordították, valamint dr. Juhász Tamás professzor urat, aki a magyar szöveg szakmai lektorálását vállalta. Továbbá köszönöm a Bécsi Egyetem egyetemi kiadójának, a Facultas Kiadónak a magyar fordítás kiadásához való hozzájárulását, valamint a Babeş-Bolyai Tudományegyetem Református Tanárképző és Zeneművészeti Karának, a Tiszántúli Református Lelkésztovábbképző Intézetnek és a Pro Ecclesia Paulinorum Alapítványnak a megjelentetéshez nyújtott hathatós támogatást.

Bécs, 2020. október Ulrich H. J. Körtner

1 ETIKA, ETHOSZ ÉS ERKÖLCS

Az erkölcs és az etika az emberek életmódjával és az emberi tevékenység alapirányultságával foglalkozik. Nemcsak azt kérdezzük, hogyan szeretnénk élni, hanem hogyan élhetünk és hogyan kell élnünk. Bár a hétköznapi nyelv szinonimaként használja, különbséget kell tennünk etika és erkölcs között. Ez a fejezet az etikáról mint tudományágról, az etika fő típusairól, valamint az etikai alapfogalmakról szól.

1.1 Etika és erkölcs a mindennapokban

„Valaki meg tudná mondani, hová akarok menni?" Ezt a látszólag paradox kérdést Karl Valentin (1882–1948) híres müncheni kabarészínész tette fel egyik villámjelenetében. Éppen ezzel a kérdéssel foglalkozik az etika. Nemcsak azon töprengünk folyamatosan, hogy egyes esetekben mi a célja konkrét cselekvésünknek és magatartásunknak, hanem azon is, hogy életfolytatásunknak milyen távolabbi céljai vannak. Hogyan szeretnék élni, hogyan szeretnénk mi mindnyájan élni? De nem csak az a kérdés, hogyan *szeretnénk* élni és cselekedni, hanem hogy hogyan *kell* élnünk és cselekednünk. Hiszen azt látjuk, hogy zsenge gyermekkorunk óta rengeteg kéréssel, elvárással, követeléssel szembesülünk. Ez az ápolási munkában sincs másképp. Nemcsak kérnek tőlünk, nemcsak jó tanácsokat kapunk, gyakran szigorú utasításokat is. És nemcsak az elvégzendő munka konkrét kérdéseire nézve, hanem személyes életfolytatásunk kérdéseire nézve is újra és újra megpróbálják előírni, hogy mit tegyünk vagy mit ne tegyünk. Ez olyan, mint mikor már a kisgyereknek megmondják, hogy „mi illik" és „mi nem illik".

Karl Valentin paradox kérdése fején találta a szöget: egyrészt fel kell tennünk a kérdést, mit *akarunk* tenni és hogyan akarunk élni, másrészt **tájékozódást** keresünk, tanácsot szeretnénk kapni arra vonatkozóan, hogyan *kell* cselekednünk és élnünk. Nem akarjuk, hogy mások írják nekünk elő, hogyan éljünk és hogyan cselekedjünk, s ezért

védekezünk a tekintélyelvű struktúrák ellen. Ugyanakkor azt is szeretnénk, ha valahogy csökkenteni lehetne a személyes felelősségek között zajló életünk folyamatos döntéskényszereit.

Egy ilyen tájékozódáshoz segítséget jelentenek azok a **minták és értékek,** amelyek egy adott társadalom hagyományaihoz tartoznak. Ide sorolhatjuk a vallási hagyományok előírásait és parancsait, mint amilyen a tízparancsolat, a keresztyénség és a zsidóság cselekvésének és életének zsinórmértéke. Felmérések igazolják, hogy ma is nagyon sokan látnak iránymutató segítséget a tízparancsolatban, olyanok is, akik nem tartják magukat különösen vallásosnak. Általában elsősorban a 6. parancsolatot, a **Ne ölj!** tilalmát tartják a legfontosabbnak. A bibliai hagyományban ugyanilyen fontos **a felebaráti szeretet parancsa**: „Szeresd felebarátodat, mint magadat." A legtöbb kultúrában az **aranyszabályt** is ismerik: „Amit csak szeretnétek, hogy az emberek tegyenek veletek, mindenben ugyanúgy tegyetek ti is velük." (Mt 7,12)

Ha valaki megmondja, mit tegyek vagy mit ne tegyek, messze nem jelenti, hogy a tanácsait, előírásait követnem kell. Ha valaki azt mondja: Ugorj kútba!, ezt nyilván nem kell megtennem. Ha pedig azt állítja valaki, hogy egy erkölcsi parancs vagy tilalom isteni kinyilatkoztatásból származik, attól lehet puszta emberi megállapítás akkor is, ha benne van a Bibliában vagy a Koránban. Az, hogy ezeket elfogadom vagy sem, a legszemélyesebb döntésem, illetve hitkérdés.

A modern, pluralista társadalomban bizonyos fenntartással tekintenek arra, ami „erkölcsös". Ismerjük az erkölcsprédikátorokat, akik mindent és mindenkit kritizálnak, vizet prédikálnak és bort isznak. Érthető, ha mind az erkölcsprédikációk, mind az erkölcsösségükbe belekeseredett „jó emberek" ellenszenvesek. Az erkölcs szóval kapcsolatban sokan talán egyoldalúan valamilyen egyházi vagy más vallásos erkölcsre gondolnak, s így alakul ki az a téveszme, hogy vallás és erkölcs ugyanaz, és hogy az erkölcs csak a vallásos emberek ügye. Pedig az alapvető kérdés, hogy hogyan szeretnék és hogyan kell élnem, akkor is kérdésünk, ha nem vagyunk vallásos emberek.

Mi mindenesetre *szabad* embereknek tartjuk magunkat. Aki nem akarja, hogy egyoldalúan mások akarata szabja meg, mit tegyen vagy mit ne tegyen, az kérjen tanácsot, útbaigazítást, hiszen szeretné legalább *megérteni*, *miért* tegye ezt vagy ne tegye azt. Szabadságunk megköveteli, hogy amit tenni szeretnénk, legyen összhangban azzal, amit

tennünk kell, és hogy erkölcsi cselekvésünk ne legyen idegen törvény által meghatározott (**heteronóm**), hanem öntörvényű (**autonóm**). Ha önrendelkezésünk (öntörvényűségünk) és vallásos kötődésünk között nincs ellentmondás, akkor **teonóm** erkölcsről beszélünk.

Az egyes ember szabadságának ott van a határa, ahol a másik ember szabadsága kezdődik. Az erkölcsi autonómia ezért sohasem önkény. Életfolytatásomban állandóan szem előtt kell tartanom felebarátomat és az ő javát.

Immanuel Kant szerint az etika alapkérdése ez: „Mit kell tennem?” Karl Valentin után szabadon fogalmazva ez a kérdés inkább így hangzik: „Mit kell akarnom?” Ahogy általában a mindennapi életben, az ápolási munka mindennapjaiban ugyancsak szembesülünk ezzel a kérdéssel. Jelen könyv szintén ezt a kérdést tárgyalja. Tisztázni szeretné az erkölcs és az etika alapjait az ápolás gyakorlatában, és megoldásokat nyújtani a szakma mindennapjaiban felmerülő erkölcsi problémákhoz. Ez legtöbbször csupán másokkal együtt sikerül. Épp ezért a szakma gyakorlása szempontjából nagyon fontos, hogy erkölcsi elképzeléseink, erkölcsi mércéink és értékeink tekintetében jól megértsük egymást.

▶ **Kérdések:**

Mit értek erkölcsön? Milyen előírásokat és értékeket tartok különösen fontosnak?

1.2 Fogalmi meghatározások

A hétköznapi nyelvben az „etika” és az „erkölcs” gyakran rokon értelmű. Ide kell sorolnunk az „erkölcs” jelentésű, a magyarba latin-német közvetítéssel került „morált” is. Cégek és bankok panaszkodnak ügyfeleik rossz „fizetési moráljára”. Katonai vezetők bírálják a rossz „csapatmorált”. Edzők és szurkolók csalódottak csapataik „játékmorálja” miatt. Amikor visszautasítunk egy „erkölcstelen ajánlatot”, ugyanazt „etikátlannak” is minősíthetjük. Egészségükre vigyázó és környezettudatos vevők, vagy egyszerűen olyan emberek, akik érzékenyek a harmadik világ problémái iránt, „etikus termékeket” követelnek.

A fenti példákban az „erkölcs", az „etika", a „morál" kifejezések segítőkészséget, tisztességet, becsületességet, illetve környezettudatosságot és igazságérzetet jelentenek. Az erkölcs és az etika valóban ezekkel foglalkozik. De az erkölcs és az etika fogalmát meg is kell különböztetnünk.

Az **etika** az **erkölcs** önvizsgálatának **elmélete**, azaz olyan elmélkedés, amely az emberi cselekedet és viselkedés, illetve e kettő alapjául szolgáló szemlélet és álláspont erényességét vizsgálja a **jó** és **a rossz** ítélő mércéje segítségével.

Azonban nem lehet általános érvénnyel megállapítani, mi az erkölcsi jó és mi az erkölcsi rossz. Csupán formai szempontból érvényes választ adhatunk, amely szerint erkölcsi jó az, ami nem csak egy szempontból (például technikai szempontból) vagy több szempontból (technikai és gazdaságossági szempontból), hanem minden szempontból jó. Vitatható azonban, hogy valamely tett önmagában, azaz a körülményektől függetlenül jó vagy rossz.

Az Arisztotelésztől (Kr. e. 384–322) származó „etika" kifejezéssel szemben a görög „**ethosz**", illetve a latin „**morál**" (erkölcs) az egész társadalom vagy egy társadalmi csoport magatartási normáit jelöli, amelyeket az emberek hagyományosan elfogadtak és megállapítottak. Néha az ethosz és a morál között is különbséget tesznek. Amíg a morál az emberi cselekvés és magatartás erkölcsi szabályaira tekint, addig az ethosz inkább a cselekvő ember személyére, alapvető szemléletére és álláspontjára.

▶ **Példák**

Minden hivatáscsoportnak megvan a saját ethosza, az egészségügy területén például létezik az orvosi rend ethosza, a gondozói hivatások vagy más gyógyító és segítő hivatások hivatásethosza. Az ethosz nemcsak a cselekvés szabályaira vonatkozik, a magatartására is.

Mint az erkölcs önvizsgálatának elmélete, az etikában is van morál, ami azt jelenti, hogy az etika is él a jó és a rossz **mértékadó** megkülönböztetésével.

Az **etika tudományos diszciplína a filozófiában**, azonban a **teológiában** is. Amíg a filozófiát nem kötelezi semmilyen vallásos vagy világnézeti álláspont, addig a teológiai etika (amelyet a római katolikusok morálteológiának neveznek) kimondottan egy bizonyos vallás, például a kereszténység ethoszára vonatkozik.

A teológiai etika tehát az erkölcsöt és az etikát vallási szempontból vizsgálja tudományosan. Ebből egyesek arra következtetnek, hogy a teológiai etika erkölcsi kérdésekben csak részleges, szűk álláspontot képvisel, míg a szekuláris és pluralista társadalom etikájának mentesnek kell lennie mindenféle vallásos és ideológiai előfeltételtől. Ezt az álláspontot képviseli például John Rawls filozófus (1921–2002) vagy Herlinde Pauer-Studer bécsi filozófus. Ezzel kapcsolatban viszont hadd jegyezzünk meg két dolgot: egyrészt, hogy a teológiai etika ugyanazzal a módszerrel alkot ítéleteket, mint a filozófiai etika. Másrészt lehet, hogy amikor erkölcsi ítéletet alkotunk, abba a kifejezetten vallásos érvek nem folynak bele, de ne becsüljük le a vallásos és világnézeti meggyőződésnek sem a mindennapi ethoszra, sem az ennél elemibb erővel működő ösztönös erkölcsi megérzéseinkre gyakorolt hatását. „Aki keresztyén hagyományban nevelkedett, valószínűleg másféle erkölcsi ösztönnel rendelkezik, mint az, akinek más a vallási vagy világnézeti háttere." (Fischer 2002, 65.) A teológiai etika nem azzal járul hozzá a plurális társadalomban az etikáról szóló interdiszciplináris párbeszédhez, hogy megpróbál bizonyos megkérdőjelezhetetlen, dogmatikailag megrögzött igényeket érvényre juttatni, hanem azzal, hogy részt vesz az emberek életét szolgáló közös megoldások keresésében úgy, hogy számításba veszi az érintettek vallási helyzetét és a társadalom által elfogadott alapvető erkölcsi értékek vallási hátterét.

Az erkölcs és az etika bármely fogalma feltételezi, hogy vannak erkölcsös vagy erkölcsképes alanyok. Az ember cselekedeteit funkciójuk szerint vagy technikai szempontból mérlegelő szemléletmódtól eltérően az erkölcs és az etika úgy tekint az emberre, mint személyre, nem pedig pusztán mint egy funkció betöltőjére. Az erkölcsi vagy etikai ítéletalkotásnak az a mércéje, hogy egy bizonyos eljárás a benne cselekvő személyek vagy az általa érintett személyek feddhetetlenségét tiszteletben tartja és elősegíti, illetve háttérbe szorítja és megsérti.

Azt a fórumot, amely által tudatára ébredünk, hogy személyiségünk sértetlen vagy sérült, **lelkiismeretnek** nevezzük. Az erkölcsös cselekvés azt jelenti, követjük lelkiismeretünk szavát, amely persze lehet téves, éppen ezért az erkölcs mindig kétértelmű marad.

A lelkiismeretnek és az erkölcsnek előfeltétele, hogy az ember sohasem volt azonos önmagával, olyan elidegenedett állapotban van, amelyet megpróbál legyőzni. A lelkiismeret és az erkölcs arra épít, hogy a való lét és a kellő lét között szakadék húzódik. A jó és a rossz közötti különbségtétel képessége feltételezi a rossz létezését.

A személy és a lelkiismerete közötti kapcsolat annyira szoros, hogy ahelyett, hogy azt mondjuk, az embernek lelkiismerete van, jobb volna így fogalmazni: az ember csupa lelkiismeret. Dietrich Bonhoeffer (1906–1945) protestáns teológus a következőképpen határozta meg a lelkiismeretet: „A lelkiismeret az emberi egzisztenciának szóló, az önmagával való egységre hívó felszólítás, egy valahonnan saját akaratunkon és értelmünkön túli mélységből. Olyan, mint az elveszített egység ellen szóló vádirat és figyelmeztetés arra, hogy el ne felejtkezzünk önmagunkról. Elsősorban nem bizonyos cselekvésre irányul, hanem bizonyos létezési módra. A lelkiismeret az ellen a cselekvés ellen tiltakozik, amelyik az önmagunkkal egységben létünket veszélyezteti." (Bonhoeffer 1998, 276–277.)

Az erkölcsi cselekvés **alapszabálya** ez: **Merd követni lelkiismeretedet!** A lelkiismeret mellett tetteinket és magatartásunkat észérvek is alátámasztják. Erre vonatkozik a második szabály: **Merj a magad értelmére támaszkodni!**

(Immanuel Kant)

Ahogy önmagunkat, úgy a többi embert is tekintsük **személynek.** Minden embert egyformán tisztelnünk kell egyéni képességeitől, testi vagy szellemi állapotától, származásától vagy nemzeti hovatartozásától, nemétől, hitétől és kultúrájától függetlenül. Személyként minden embernek **önmagában van rendeltetése,** akit nem szabad idegen ér-

dekek puszta tárgyává alacsonyítani. Ez a lényege az **emberi méltóságnak**, amelyet vallásos megfogalmazással az ember istenképűségének neveznek. Az erkölcs és az etika annak alapján ítéli meg a cselekedeteket, hogy mennyire tartja tiszteletben vagy veti meg az ember méltóságát s az abból levezetett emberi jogokat.

1.3 Az etika legfontosabb területei

Tárgyát tekintve az etika négy, egymást részben fedő területre osztható (ld. Rich 1984):

- **individuáletika** (az alany viszonya önmagához),
- **személyi etika** (az alany viszonya más egyénekhez),
- **társadalmi etika** (az alany együttműködése másokkal az egész társadalmat érintő cselekvésben),
- **környezeti etika** (az egyes ember, a társadalmi intézmények és az egész társadalom magatartása az emberen kívüli természettel szemben).

▶ Példák

Individuáletikai kérdés például: Mit teszek az egészségem érdekében? Miért akarok ápolónő vagy idősgondozó lenni?

Személyi etikai kérdés például, hogy menjek-e oda negyedszer is ahhoz a beteghez, aki már háromszor semmiségek miatt csengetett?

Társadalmi etika kérdése például, ha az ápolási munka pénzügyi alapjairól, biztosítási formáiról, a biztosítási szolgáltatásokról (pénzbeli és más természetű szolgáltatásokról) beszélünk, vagy arról, milyen viszony van egyrészt a szolidaritási biztosítás (beteg-, baleset- és temetési biztosítás) között és másrészt az egyéni szolgáltatások között. Szociáletikai kérdés az elöregedő társadalomban a gondozásra szorulók és a szakképzett ápolók várható száma, a gondozási elképzelések (házi beteggondozás, ápolóotthonok férőszáma), az életminőség és szobák milyensége (egyágyas, többágyas szobák) az ápolóotthonokban.

Környezetetikai kérdés például az állatokon végzett kísérletek. Szabad-e az állatokat szenvedni hagyni az emberekért vállalt egészségügyi fejlesztés érdekében? Etikus dolog-e a rákkutatás számára a

géntechnika segítségével „rákos egereket” tenyészteni? De ide tartozik az is, hogy mit csinálunk az ápolás során használt műanyag termékekkel és kötszerekkel? Igazolható-e a környezettel szemben az egyszer használatos dolgokkal való élés?

1.4 Az etika típusai

1.4.1 Előíró és leíró etika

Az etikának általában két alaptípusát különböztetjük meg:

- **előíró etika,**
- **leíró etika.**

Minden etika parancsoló meghatározásokkal él: nem azzal, ami van, hanem ami kell. De amíg a leíró etika elsősorban **azt írja le**, hogy egy bizonyos ethosz összefüggésében miben áll ez az erkölcsi parancs, addig az előíró etika elméleti síkon is megfogalmazza **kötelező ítéleteit**, vagyis azt, ami kell.

Immanuel Kant kategorikus imperatívusza

Kant (1724–1804) különbséget tesz a feltételes és a kategorikus parancsítélet között. Míg a feltételes imperatívuszok csak korlátozott mértékben érvényesek – a csoportethosz vagy a hivatásethosz csupán bizonyos csoporthoz tartozókra érvényes –, addig a kategorikus imperatívusz egyetemes erkölcsi törvényt fogalmaz meg, amely minden időben és mindenütt mindenkire vonatkozik. A kategorikus imperatívusznak több megfogalmazása van.

1. **„Csak olyan életszabály (maxima) szerint cselekedj, amelyet akarhass, hogy egyetemes szabállyá legyen.”**
2. **„Cselekedj úgy, mintha cselekedeted maximája a te akaratod által egyetemes természeti törvénnyé válhatnék.”**
3. **„Cselekedj úgy, hogy mind a magad, mind más személyében az emberiséget ne úgy tekintsd, mint eszközt, hanem úgy, mint célt.”**

(I. Kant, *Az erkölcsök metafizikájának alapvetése,* 1785, ^{2}1786)

1.4.2 Deontológiai és teleológiai etika

Az etika alaptípusait még az alábbiak szerint is megkülönböztethetjük:

- **deontológiai etika,**
- **teleológiai etika.**

A **deontológiai** típushoz tartozik a kötelesség etikája (amelyre I. Kant a példa) vagy a vallások parancsetikája, a **teleológiai** típushoz pedig a törekvésetika, amely minden etika célját a jobb életben látja, etikán pedig az emberi életfolytatás elméletét érti (erre Platón és Arisztotelész a példa). Amíg a deontológiai etika középpontjában a **kell** fogalma áll, addig a teleológiai etika az emberi törekvéssel vagy **akarással** foglalkozik.

A kell és az akarás sem vezethető le valamilyen erkölcsi alapelvből, de a kell sem az akarásból, illetve fordítva. Az erkölcsi kell és az erkölcsi akarás sokkal inkább egymást kiegészítő (komplementer) fogalmak. A kettő komplementeritása elvezet az integráló etika elgondolásához, amelyet Hans Krämer filozófus képvisel. Az etikáról folytatott párbeszéd és az etikai ítéletalkotás szempontjából ez azt jelenti, hogy az integráló etikát több szempont szerint és több oldalról kell megközelíteni.

1.4.3 A kötelességek tana, az erénytan és az erkölcsi javak tana

Az erkölcsi cselekvés a kellő valóság része, amelyet ugyanakkor az erkölcsi alany szabad elhatározásból akar is. Az erkölcsnek és az etikának egyaránt feltétele az emberi **szabadság** megléte. Az erkölcsi cselekvés célja a jóság, illetve a javak. Ahhoz, hogy ezt a célt elérje, az embernek bizonyos erkölcsi képességekre van szüksége, amelyeket hagyományosan erényeknek nevezünk. Ezek szerint meg kell különböztetnünk:

- **a kötelességek tanát,**
- **az erénytant és**
- **a javakról szóló tant.**

I. Kant etikájában a hangsúly **a kötelességek tanán** van. A kötelességetikára mai példa Hans Küng római katolikus teológus elgondolása, aki többek között az egyetemes emberi jogok analógiájára megfogalmazta az egyetemes **emberi kötelességek** eszméjét (Schmidt 1998).

Arisztotelész etikájában a hangsúly az **erénytanon** van. Arisztotelész az erényen két szélsőség között a középutat érti (például a gyávaság és a hősiesség közötti középút a bátorság). A nyugati hagyomány négy filozófiai fő erényt ismer: a bátorságot, a bölcsességet, a mértékletességet és az igazságosságot. A bölcsességetika alapszabálya a világ minden kultúrájában ismert **aranyszabály**: „Amit nem szeretnél, hogy az emberek veled tegyenek, te se tedd velük" (illetve pozitív megfogalmazással: „Amit csak szeretnétek, hogy az emberek tegyenek veletek, mindenben ugyanúgy tegyetek ti is velük"). A keresztyén hagyomány (például Aquinói Tamás [1225–1274]) ezektől az erényektől megkülönbözteti a hitet, a reményt és a szeretetet mint teológiai erényeket. Az erények kérdése fontos szerepet játszik korunk egyik filozófiai irányzatában, a **kommunitarizmusban** is (például A. MacIntyre-nél).

Az **erkölcsi javak tana** (illetve a törekvésetika) hagyományához soroljuk Platón mellett a **materiális értéketikát** (Max Scheler [1874–1928] és Nicolai Hartmann [1882–1950]). Platón ideatanához kapcsolódva a materiális értéketika idők feletti értékrendet feltételez, amelyik ösztönös értéktapasztalatokra támaszkodik, és egy érték „a priori"-ból indul ki. A materiális értéketika valójában válasz kíván lenni arra a jelenségre, amelynek során az iparosodás korának társadalmi változásai durván megkérdőjelezték a nyugati etikai hagyományokat. Ezt a jelenséget különös éleslátással írta le Friedrich Nietzsche (1844–1900) filozófiai nihilizmusa és a „minden értékek átértékeléséről" szóló elgondolása. Már Nietzsche is világosan kimondta, hogy minden értéket, az erkölcsi értékeket is emberek tételezték, s ezért átválthatók. Minden érték személyes választás vagy társadalmi megegyezés kérdése. Az értékekhez hagyomány útján lehet jutni, nem pedig valamilyen a priori lényeglátással felismerni őket. Vigyázzunk, hogy az értékek vélt objektív hierarchiájának gondolata ne terelje el figyelmünket az értékeknek azokról az állandó, tényleges konfliktusairól, amelyek a modern pluralista társadalomban fennállnak. Így aztán az értékek metafizikai kozmoszának eszméjéről is kiderül, hogy pusztán emberi tételezés.

Az erkölcsi javak tanának egyik változata, egyben a teleológiai etika egyik változata az **utilitarizmus.** A kifejezés a latin *utilitas* (haszon, előny, jólét, boldogság) fogalmából származik és egy főleg az angolszász filozófiában befolyásos gondolati irányt jelöl. Azokat az erkölcsi elgondolásokat nevezik utilitarizmusnak, amelyek az ember önfenntartási ösztönét és saját haszna keresését tekintik minden cselekvés és magatartás legfőbb felhajtóerejének, s ugyanakkor azt a körülményt, hogy másokra, emberek által gyötört állatokra tekintettel kell lenni, az erkölcsi alany jól felfogott egyéni érdekének tartják. A klasszikus utilitarizmus szabályozó elve az örömelv: **a lehető legnagyobb boldogság a lehető legtöbb embernek.** Ennek felel meg a nem ártás elve, amely szerint mások érdekeinek vagy jogainak sérelmére azokba avatkozni csak és csakis abban az esetben szabad, ha ezzel megakadályozzuk, hogy harmadik személynek kárt okozzon. Az utilitarista felfogás szerint nincsenek olyan jelentős erkölcsi értékek, amelyeket a jóléten, illetve az örömön, hasznon és boldogságon kívül bármi egyébbel indokolni lehetne. A klasszikus utilitarizmus fő képviselői Jeremy Bentham (1748–1832), John Stuart Mill (1806–1873) és Henry Sidgwick (1828–1900). Időközben az utilitarizmus számos változata jelent meg (például hatékonysági utilitarizmus, törvénykezési utilitarizmus, preferenciautilitarizmus). Az utilitarizmus különösen fontos szerepet játszik az angolszász orvosi és biológiai etikában (például Peter Singer ausztrál filozófus).

Általában elmondható, hogy az erkölcsi javak tana értelmében a jó elsőbbségi választás tárgya. Formailag ez azt jelenti, hogy a jó **előnyt élvez**, azaz **előbbre való**. Így az erkölcsi javak tana a jót jóság vagy rosszaság szerinti mérlegelés tárgyává tette, amelynél viszont nyitva marad a kérdés, hogy melyek azok a javak, amelyek etikailag legitim módon összemérhetők.

1.4.4 A felelősség etikája és a diskurzus etikája

A kötelességek tana, az erénytan és az erkölcsi javak tana közötti belső kapcsolatot az újabb etikában a felelősség fogalmával szokás kifejezni. Ezt látjuk **a felelősség etikájának** különböző elképzeléseiben. A fogalom Max Webertől (1864–1920) származik, aki különbséget tett a fele-

lősség etikája és a szándéketika között (1919). Míg a szándéketika bizonyos rigorizmusra való hajlammal a cselekedeteket elsősorban indítékuk és vezérelvük alapján ítéli meg, addig Weber szerint a felelősség etikája mindenekelőtt a cselekmény tényleges következményeire fordítja a figyelmet. Az etika hagyományos típusaitól eltérően a felelősség etikája arra hajlik, hogy a modern világ folyamatos változásait és válságait tartsa szem előtt. A cselekvés következményeire figyelve a felelősség etikája a jövő idői vetületére tekint (Hans Jonas [1903–1993]) és a társadalom szociális kérdéseire. A felelősség etikáját úgy is fel lehet fogni, mint integratív etikát (lásd fentebb), amely abból indul ki, hogy az erkölcsi kell és az emberi törekvés (akarás) egymást kiegészíti.

A kimondottan nem teológiai és nem vallásos elgondolások mellett (pl. M. Weber) a felelősség etikájának van kifejezetten teológiai megfogalmazása is (pl. Dietrich Bonhoeffer [1906–1945], Robert Spaemann, U. Körtner 2012), amely szerint az ember felelőssége Istennel való kapcsolatából következik. Teológiai szempontból közvetlen összefüggés van a felelősség és a megigazítás között (Georg Picht). A H. Jonas által kiváltott viták következtében a felelősségetikai érvek bekerültek az utilitarista etika (Dieter Birnbacher) vagy a diskurzusetika (Karl-Otto Apel) elgondolásaiba is.

Diskurzusetikának vagy **kommunikatív etikának** nevezhetünk több olyan, egymással konkuráló elgondolást, amely a klasszikus német filozófia örökségét (I. Kant, német idealizmus) akarja megőrizni és azt a hermeneutika, a nyelvi-analitikai filozófia és a tudományelmélet legújabb ismereteivel összekapcsolni. Az etikai normák kötelező erejének abban a különböző alanyok közötti párbeszédben kell megnyilvánulnia, amelyben egyik fél sincs uralkodó helyzetben. Az etikai ítéletalkotásnak is a párbeszéd útján való konszenzuskeresés mintájára kell megtörténnie. A diskurzusetika fő képviselői Karl-Otto Apel és Jürgen Habermas.

▶ Példák

A **kötelességek tanával** találkozunk például a **szakmai kötelességek** leírásánál (gondozóknak: általános szakmai kötelességek, ápolási dokumentáció, titoktartási kötelesség, hatósági bejelentés kötelessége, jelentéstételi kötelesség, tájékoztatási kötelesség, ahogy ezeket az egészségügyi törvény és a betegápolási törvény paragrafusai leírják)

és a hivatásethosznak megfelelő egyéni kötelességvállalások megfogalmazásánál.

Az **erénytan** hatáskörébe tartozik a **hivatásszerű hozzáállásról** (angolul: professional attitudes) és a gondozói etika, illetve a **gondoskodásetika** (angolul: care-ethics) alapjairól szóló vita.

Az **erkölcsi javak elméletéhez** tartozik annak meghatározása, miként sorolható az **egészség**, vagy akár maga az élet a „javak" kategóriájába, valamint a **jól-lét** mint az ápolás és gyógyítás célja. A javak elméletének kérdései általában ott jönnek elő, ahol a gyógyításban és ápolásban minőségről és minőségi ellátásról van szó.

A **felelősség etikájához** tartoznak azok a rendelkezések, amelyek a gondozásban az egyéni felelősségre és végrehajtási felelősségre vonatkoznak.

A **diskurzus etikájához** kapcsolódó kérdések akkor jönnek elő, amikor vitás eljárásokban kell etikai döntéseket hoznia egy munkacsoportnak vagy egy elöljáró testületnek (etikai bizottság).

1.5 Elméleti etika, alkalmazott etika és szakterületi etika

Az ápolás etikájának (angolul: nursing ethics) fogalma és tárgya az alkalmazott etika területéhez tartozik, amely az utóbbi években nagy lendületet kapott. Az életvitel és az etikailag felelős cselekvés kérdései a modern, különböző funkciók szerint szétágazó társadalomban annyira összetettek, hogy az utóbbi évtizedekben egész sor szakterületi etika jelent meg. Néhány példa: gazdasági etika, környezeti etika, a tudomány etikája, mérnöki etika, jogászi etika, politikai etika, újságírói etika, orvosi etika. Ennek az általános fejlődésnek megfelelően a gondozásban is kifejlődött a szakterületi etika saját formája.

Ahhoz, hogy a gondozás etikájának általános sajátosságait közelebbről meghatározzuk, előbb tisztázni kell a **szakterületi etika** és **alkalmazott etika** fogalmakat. Néha szinonimaként használják őket, bár különbség van a kettő között. Az alkalmazott etika fogalma – angolul applied ethics – azt sugallja, hogy olyan általános etikai elméletről vagy általános etikai elvekről és kritériumokról van szó, amelyeket

konkrét cselekvési területre vagy helyzetre lehet „alkalmazni”. Ilyen értelemben, szigorúan véve nem „ápolási etikáról”, hanem csak „az ápolásban érvényes etikáról” lehetne beszélni (annak analógiájára, ha „orvosi etika” helyett „etika az orvoslásban”-t mondanánk).

Egészen addig, míg nem csak az etikai elvek eseti alkalmazásáról beszélünk, hanem a gyógykezelési és ápolási folyamat átfogó etikai megvitatásáról, beleértve az orvoslás és az egészségügy szervezésének társadalometikai elemzését is, az „alkalmazás” fogalom nagyon sokjelentésű és homályos (vö. Pöltner 2006, 21.). Ki „alkalmaz” itt kit vagy mit és mire? Ki az alkalmazás alanya? Kiknek szól? Orvosoknak vagy gondozóknak? A betegeknek? A közvéleménynek? A cselekvést megelőző etikai megfontolást jelenti-e az úgynevezett „alkalmazott etika”, vagy például egy kórház vagy gondozóotthon valamilyen konkrét tevékenységéről való utólagos számvetést?

Az sem világos, hogy tulajdonképpen mit is alkalmazunk az úgynevezett alkalmazott etikában: elveket, kritériumokat, szabályokat vagy mintákat, példákat és tapasztalatokat, vagyis mindazt, amit általánosságban topikának (elvek rendszerének) nevezünk? Ha az alkalmazott etikát a **topika** értelmében használjuk, akkor nem beszélhetünk etikai elmélet alkalmazásáról. Az elméleti etika és az alkalmazott etika között szakadás van, ahogyan azt Julian Nida-Rümelin jogosan állapítja meg.

Az a feltevés, hogy a gyakorlati kérdésekben történő minden etikai ítéletalkotás egyetlen alapelven nyugszik, nemcsak a valóság összetettsége miatt bukik meg, hanem az egymással versengő nagyszámú etikai elgondolás miatt is. Az alkalmazási elvek klasszikus rendszere (a „topika”) azonban „úgy korlátozódik a mi mindennapos erkölcsi meggyőződéseink rendszerezésének egy bizonyos mértékére, hogy nem enged a „tiszta” elmélet leszűkítő elvárásainak” (Nida-Rümelin 2005, 42.).

Továbbá az sem világos, hogy ennek a vélt alkalmazásnak milyen módon kell megtörténnie. Azt jelenti-e az alkalmazás, hogy valamilyen általános szabályt, azaz ítéletben foglalt döntést kötelező módon követünk, vagy csak jó tanácsról, gyakorlati segítségről van szó? Ez a probléma akkor lesz fontos, ha például etikai bizottságok vagy a klinikákon működő etikai tanácsok összetételéről és eljárásrendjéről van szó.

Az ápolási etika feladata és tárgya az alkalmazott etika fogalmánál sokkal jobban jellemezhető a J. Nida-Rümelin által bevezetett „szakterületi etika” fogalmával. Ez azt feltételezi, hogy a különböző gyakorlati területek „más és másféle gondokkal szembesítenek minket, amelyek más és másféle etikai választ várnak” (Fischer 2002, 34.).

A „szakterületi etika” fogalma ezenkívül jobban figyelembe veszi az egyes cselekvési területeken történő fejlődésdinamizmust, mint az alkalmazott etika fogalma. Mint minden más, az erkölcs is történelmi változásnak van kitéve, ami azonban nem jelenti, hogy nincsenek alapvető erkölcsi meggyőződések, amelyek hosszabb időn át kitartanak.

Amennyire nem mondhatjuk, hogy az erkölcsöt, illetve az ethoszt a gyakorlati területek kényszerkörülményeihez kell igazítani, ugyanúgy nem mondhatjuk azt sem, hogy az etikai mérlegelés célja abban áll, hogy „az erkölcsi status quót végérvényesnek mondjuk és rögzítsük. Ellenkezőleg: egy ilyen mérlegelésnek mindig kritikus szemmel kell ellenőriznie a hagyományos ethosz általános erkölcsi szabályait, és meg kell vizsgálnia, hogyan hatnak ezek a szabályok a társadalmi és egyéni gyakorlatra” (Honecker 1999, 272.).

1.6 Összefoglalás

Az erkölcsöt és az etikát meg kell különböztetni egymástól. Erkölcsön, illetve ethoszon a társadalom vagy társadalmi csoport magatartási szabályait értjük, amelyeket a hagyomány alapján állapítottak meg és fogadtak el. Az etika ezzel szemben az erkölcs önvizsgálatának elmélete, tudományos diszciplína a filozófiában és a teológiában. Az emberi cselekvés erkölcsi alapelveit és szabályait vizsgálja, és kialakítja az erkölcsi ítéletalkotás módszereit. Az erkölcs és az etika bármilyen fogalma azt feltételezi, hogy vannak erkölcsös tevékenységre alkalmas emberek. Az erkölcs és az etika szerint az ember bármit tesz vagy nem tesz, nemcsak valamilyen szakmai funkció vagy társadalmi szerep viselője, hanem olyan személy, akinek sérthetetlen méltósága és elvitathatatlan jogai vannak.

Minden etikának négy alapvető területe van: individuális etika, személyi etika, társadalmi etika és környezeti etika. Az etika fő típusai

az előíró és a leíró etika, valamint a deontológiai és a teleológiai etika. Ezeken kívül megkülönböztetjük a kötelességek tanát, az erénytant és az erkölcsi javak tanát, továbbá az elméleti etikát és az alkalmazott etikát vagy szakterületi etikát. A szakterületi etikára példa az ápolás etikája.

1.7 Irodalom

Nida-Rümelin, J. (szerk.): Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung, Kröner, Stuttgart [2]2005.

Pauer-Studer, H.: Einführung in die Ethik (UTB 2350), Facultas, Wien [2]2010.

Pieper, A. (szerk.): Geschichte der neueren Ethik, 2 kötet (UTB 1701/1702), Francke Verlag, Tübingen 1992.

Pieper, A.: Einführung in die Ethik (UTB 1637), Francke Verlag, Tübingen [6]2007.

Rohls, J.: Geschichte der Ethik. Mohr Siebeck, Tübingen [2]1999.

Quante, M.: Einführung in die Allgemeine Ethik. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt [5]2013.

2 EGÉSZSÉGÜGYI ETIKA, ORVOSI ETIKA ÉS A BETEGÁPOLÁS ETIKÁJA

A betegápolás etikája az általános egészségügyi etika szerves része. A betegápolás etikája sajátosságainak kimutatásához elsősorban meg kell határoznunk az orvosi etikához való viszonyát. A betegápolás etikájával kapcsolatos kérdések és a mai orvosi etika problémái ugyanis sokszor átfedik egymást. Miután a betegápolási és az orvosi etikának szorosan együtt kell működnie, a hozzáértő betegápolási etikához orvosetikai ismeretekre is szükség van. Ebben a fejezetben orvosetikai alapismeretekkel foglalkozunk.

2.1 Egészségügyi etika

Akárcsak a betegápolás etikája, az orvosi etika is szakterületi etika (az alkalmazott etika egyik részterülete). Tágabb értelemben a betegápolási és az orvosi etika is az **egészségügyi etika** szerves része.

Az egészségügyi világszervezet (WHO – 2002) definíciója szerint **egészségügyön** azoknak az intézményeknek az összességét értjük, amelyek javakat és szolgáltatásokat nyújtanak az emberi egészség megőrzése vagy helyreállítása érdekében, valamint azoknak az intézményeknek az összességét, amelyek azt keresik, hogy a beteg vagy fogyatékossággal élő emberek a lehető legjobb és minőségi életet éljenek. Ebből következőleg az **egészségügyi etika** nemcsak az egészségügy rendszerén belül foglalkozik az egyéni és a közösségi cselekvés kérdéseivel, hanem az egészségügy átfogó intézményi kapcsolataival és a vele együttműködő partnerekkel is (vö. Wallner 2004). Nemcsak

az orvosi munka etikai kérdéseit tárgyalja, hanem az összes egészségügyi hivatás kérdéseit is, hiszen az orvosi tevékenység különböző szakterületekkel való szoros együttműködésben történik.

Az egészségügyi etika kérdései túllépnek a különböző egészségügyi szakmák hivatásetikai és hivatásjogi kérdésein. Ugyanakkor nem szűkíthetők le az individuáletika vagy a személyi etika területére. Az egészségügyi etika sokkal inkább a **társadalmi etika részterülete.** A betegek gyógyítása, ápolása és a róluk való gondoskodás mellett kiterjed a megelőzés és az egészségmegóvás feladataira is. Napjainkban az orvosetikai és egészségügyi etikai kérdések csakis **interdiszciplináris** és **interprofesszionális** módon kezelhetők. Tágabb értelemben az **egészségügyi etika** nem ér véget az intézményes egészségügy határainál, hiszen vannak a **sporttal**, a **diétás étkezéssel** vagy az **ökológiával** kapcsolatos vetületei is.

2.2 Az orvosi etika tárgya és célja

Az egészségügyi etika két fontos területe az orvosi etika és a betegápolási etika. Még ha részben mindkettő más-más kérdésekkel foglalkozik is, több átfedés van közöttük, amelyek a betegápolás és az orvoslás szakmai együttműködéséből származnak. Ezért a hozzáértő betegápolási etikához orvosetikai ismeretekre is szükség van. Ebben a fejezetben orvosetikai alapismeretekkel foglalkozunk.

Akárcsak a **betegápolás tudománya**, az **orvostudomány** is gyakorlati vagy **technológiai (cselekvés-) tudomány,** és nem pusztán természettudomány. Mint **természettudományi hátterű technológiai tudománynak,** az orvostudománynak is tisztáznia kell a cselekvési céljait, de nemcsak saját tudományán belül, hanem az igénybe vevő társadalommal együtt. Ebben rejlik a mai orvosi etika egyik fontos feladata, amely persze nem hárítható egyedül az orvostudományra. Az orvosetikai párbeszéd része a betegápolási etika akkor is, ha az egészségügyi etika keretén belül önálló szerepe van.

Az orvostudomány nem tisztán természettudomány, nem tisztán szellemtudomány, hanem gyakorlati vagy technológiai (cselekvés-) tudomány. Az orvoslás és az ápolás nemcsak **technika**, **művészet** is.

Az orvosi cselekvés célját és kiváltó okát két fogalom, az „**egészség**" és a „**betegség**" jelöli meg.

Az „egészség" az orvostudomány **teleológiai** kategóriája, a „betegség" a **legitimáló** kategóriája: az orvosi cselekvés célja az egészség helyreállítása vagy megőrzése (teleológiai szempont), az orvosi cselekvés kiváltó oka pedig a betegség (legitimáló szempont) (Labisch/Paul, 1998). Egyik fogalmat sem lehet tisztán orvostudományi szempontból meghatározni, hiszen mindkettő ki van téve kulturális és történelmi változásoknak. Ugyanakkor mind a beteg, mind az orvos más-más oldalról látja a betegséget és az egészséget.

Így aztán különbséget lehet tenni a betegség szubjektív és objektív értelmezése között: orvosi szempontból lehet valaki *beteg* anélkül, hogy betegnek *érezné* magát. Az angol nyelv például különbséget tesz **illness/sickness,** mint a betegség szubjektív érzete között és a **disease,** mint objektív módon diagnosztizált betegség között. Természetesen az **egészség** nem azonos a betegség hiányával. De nem nevezhető az ember teljes testi, lelki és szociális jól-léte **állapotának** sem, ahogyan az egészségügyi világszervezet (WHO) definiálta. Ennek alapján valamilyen módon minden ember beteg. Egy, az emberi erőforrásokon (képességeken, adottságokon) tájékozódó elképzelés szerint **egészségen nem a testi és lelki zavarok hiányát értjük, hanem az ezekkel való együttélés képességét** (D. Rössler).

Ha így nézzük, lehetnek egészséges betegek és beteg egészségesek. Ezért az „egészséges – beteg" fogalompárt így kell bővíteni:

„egészséges – nem egészséges"
„beteg – nem beteg"

David B. Morris (2000) egy biokulturális betegségmodell mellett érvel, amely segít megérteni a posztmodern társadalomban a betegség és egészség jellegzetes feltételeit. Az emberi kultúra hatása a természetre nemcsak megváltozott értelmezéshez vezet, hanem a természet és a környezet életébe való olyan mérvű beavatkozáshoz, amely által változik a betegségek elterjedése, de még a betegségek megjelenési formája is. Korábbi betegségek eltűnnek, és egészen újak jelennek meg. Ha pedig emellett a lélek önállóságát is fontosnak tartjuk, végül egy bio-pszicho-szociális betegségmodellhez jutunk, amint azt J. Willi és E. Heim javasolja (1986).

A betegség és egészség biokulturális, illetve bio-pszicho-szociális modellje segít megérteni az összefüggéseket betegség és társadalmi helyzet között, a betegség és a beteg neme között, vagy a betegség időskori sajátosságait. Például a férfiak várható élettartama alacsonyabb, ugyanakkor a nők halálozási aránya magasabb a férfiakénál.

A betegségek nemek szerinti megkülönböztetésénél nemcsak a biológiai nemet kell figyelembe vennünk, hanem a betegség lefolyásának azokat a különbségeit is, amelyek a társadalmi, illetve kulturális nemi szerepek függvényei. Például az alacsony jövedelmű, tanulatlan embereknél nagyobb a betegség kockázata, mint a felsőfokú képesítéssel rendelkezőknél. A migránsoknál is lehetnek a megbetegedésnek sajátos kockázatai olyan okok miatt, mint a kiközösítés, megbélyegzettség, kulturális különbségek és nyelvi korlátok (vö. az 5.6 fejezettel).

Akárcsak a betegséget, a **fájdalmat** is biokulturálisan kell értelmezni. A fájdalom egyszerre természet és kultúra kérdése, ezért magyarázatra szorul. A fájdalomnak egész kultúrtörténete van. A betegséget és a fájdalmat meg kell különböztetni, bár előfordulhat, hogy elválaszthatatlan egységgé ötvöződtek. Ez főleg az idült (krónikus) fájdalomra érvényes, amely más, mint a heveny (akut) fájdalom. A fájdalommal foglalkozó modern orvostudomány szerint a fájdalom sok esetben nem egyszerűen a betegség tünete, hanem maga is betegség.

A biokulturális, illetve bio-pszicho-szociális fájdalommodell arra tanít, hogy a fájdalmat nemcsak tünetként, nemcsak betegségként fogjuk fel, hanem metaforaként is értelmezhetjük, akár a betegséget

magát (ld. Sontag 1996). Ez azt jelenti, hogy a fájdalomérzetet lényegesen befolyásolhatja, hogy egyénileg vagy közösségileg milyen jelentőséget tulajdonítunk neki.

Amennyire fontos különbséget tenni betegség és fájdalom között, meg kell különböztetni a betegséget és a szenvedést. Továbbá a szenvedést is meg kell különböztetni a fájdalomtól, mivel lehetnek fájdalmaink szenvedés nélkül is, vagy szenvedhetünk fájdalom nélkül.

A modern orvostudomány túlzottan kizárta a maga hatásköréből – a pszichoszomatikus jelenség kivételével – a fájdalom kérdését, és a lelkigondozás vagy a pszichoterápia hatáskörébe utalta. A szenvedés problémája elvezet a betegség értelmének kérdéséhez, a vétkesség és a bűntudat kérdéséhez, valamint az áldozat többjelentésű fogalmához (angolul victim vagy sacrifice) és az áldozatszerep kérdéséhez, amelyet a betegeknek tulajdonítunk, vagy amelyet ők tulajdonítanak maguknak.

A biológiai folyamatokkal való szoros kapcsolódása ellenére a szenvedés nem valamilyen állandósult vagy rögzített tény, „hanem változó társadalmi állapot, amelyet valakinél vagy elfogadunk, vagy megtagadunk" (Morris 2000, 263.). Ebből a szempontból az értékrend, beleértve a vallási beállítottságot is, nagyon fontos szerepet játszik.

Végső soron minden betegség valakinek az **életrajzához** tartozik. A betegségtörténet jóval több, mint a kórlapon feltüntetett adatok sokasága. Nemcsak annyiról van szó, hogy a betegség okait a páciens életrajzában is keresni kell, hanem arról, hogy a betegségek egész életünket tagolják. Az emberek például így szoktak emlékezni: „Ez a műtétem előtt történt, az viszont utána." Mindnyájunkat „behálóznak a történeteink" (W. Schapp). A beteg ágyánál meghozandó etikai döntéseket csakis a beteg életrajzának alapos tanulmányozása után lehet hozni. Ehhez tartozik egyrészt a beteg eddigi élettörténete egy „vázlatos múlt" formájában, másrészt a beteg „megelőlegezett élettörténete" is (Ritschl 2004, 138., 133.). **Ilyen megelőlegezés nélkül nem lehet megállapítani, mennyi értelme van annak, amit az orvoslásban és az ápolásban teszünk vagy nem teszünk.**

Az élettörténet összefüggésében nyer a betegség speciális értelmezést. A betegség krízistapasztalatot jelent, amely teljesen más irányt

adhat a beteg életének. És végül a betegség, ha krónikus vagy progresszív lefolyású, egyenesen életformává lehet. Nagy kihívást jelent nekünk, a családunknak és a környezetünknek elfogadni, hogy a betegség az életünk része, hogy magunkat mindig betegnek látjuk.

A betegek szeretnék tudni, mi értelme van betegségüknek:

- Miért pont én?
- Mért pont ez a betegségem?
- Miért most?

Ugyanakkor harcolniuk kell félelmeikkel és bűntudatukkal. Felteszik a kérdést: mennyi reményük van, mi az, ami bátoríthatná őket, amiből életkedvet meríthetnek vagy erősödhet vallásos hitük.

A modern orvostudományt gyakran vádolják azzal, hogy leszűkítő, naturalista és dualista emberképet alakított ki. **Az emberi élet érdekében az orvostudománynak mind ismeretelméleti szempontból, mind a gyakorlatban meg kell haladnia az egysíkúságot a többsíkúság javára.** Ez a mi betegségről és egészségről, jól-létről/üdvösségről és gyógyulásról szóló elképzeléseinkre is érvényes. Gyakorlatilag azt jelenti, hogy nemcsak a testi orvoslásnak és a pszichoterápiának, hanem a teljes orvostudománynak, a filozófiának és a teológiának, a betegápolásnak és az ápolás tudományának az eddiginél sokkal intenzívebb párbeszédet kell folytatnia nemcsak a lényegében pusztán kockázatfelmérésre szűkített orvosi etika területén, hanem az alapvető antropológiai kérdések tekintetében is.

Mindenesetre kritikailag kell néznünk nemcsak a materialista-atomizáló, illetve leszűkítő antropológiát, hanem a ma ennek alternatívájaként propagált holisztikus (az emberre mint egészre tekintő) szemléletet is. De amennyire fontos tovább gondolni a (vallási) üdvösség és a gyógyulás átfedéseit és többdimenziós jellegét, ugyanannyira fontos a közöttük lévő különbségek ismerete is. Az ezeket a különbségeket elhanyagoló holisztikus gondolkodás ugyanolyan

leegyszerűsítő, mint az általa kritizált dualizmus. A legnagyobb probléma, hogy a holisztikus szemlélet figyelmen kívül hagyja azt az alapvető – és orvosetikailag is jelentős – körülményt, hogy **az emberi élet, akár beteg, akár egészséges, lényegében töredékes**.

> Holisztikus helyett jobb, ha a gyógyítás művészetének és a gyógyulásnak többsíkú megközelítéséről beszélünk, amely mind az összefüggéseket, mind a különbségeket jobban láttatja. Azért, hogy a szóhasználatban is különbséget tehessünk e között a gyógyító művészet, valamint egy üdvtanná fokozott holisztikus egészségtudomány között, javaslom, hogy beszéljünk **integrált orvostudományról.**

Az elmúlt években az orvosi etika problémaköre alapvetően megváltozott. A múltban arról volt szó, hogy miként lehetne az orvostudomány működési lehetőségeit bővíteni, manapság az a kérdés, megtehet-e mindent az orvostudomány, amire egyébként képes lenne.

Ennek a kérdésnek viszont mindaddig nincs értelme, amíg nem beszéltünk az orvostudomány általános **céljáról**, működésének **értelméről**, vagyis a legfontosabb elképzelésekről és fogalmakról a betegséggel, a fogyatékossággal és az egészséggel kapcsolatban.

Miután a cél nem szentesít minden eszközt, a „mi célból?" kérdése fontosabb a „ha" és „hogyan?" kérdésénél. Társadalmunkban ezt a kérdést általában figyelmen kívül hagyják, még ha az egészségügy valós vagy vélt takarékossági kényszerben él is. Mindaddig, amíg ez a kérdés tisztázatlan, minden vita arról, hogy a mai nagy teljesítményű orvostudomány megtehet-e mindent, amire képes lenne, puszta vagdalkozás marad. Amíg az egészségügyi rendszer etikai értékrendszere nem vitatható meg alaposan, a válasz az, hogy az orvostudománynak esetenként nemcsak *szabad*, de mindent meg is *kell* tennie, hacsak nem akarja kétséges esetekben a kezelőorvosokat oda juttatni, hogy szakmai inkompetenciával vagy a segítségnyújtás elmulasztásával vádolják, akár a bíróság előtt is.

Az **egészségügyi ökonómiának** a szükséglet és a költségek kiegyensúlyozottságát illető kérdései sem kezelhetők az orvostudomány általános céljaitól és társadalmi helyzetétől függetlenül. Az egész vita mindaddig nem lesz célravezető, amíg az észszerűség és a takarékos beosztás jegyében az egésznek pusztán a **hatékonyságát**, de nem a célját és értelmét keressük. Az egészségüggyel kapcsolatos politikai és gazdasági vitákban mégis az a jó, hogy mind az orvostudományt, mind a társadalmat a célértelem egyébként szívesen mellőzött kérdéseivel szembesíti.

Az, hogy a természettudomány által támogatott technológiai fejlődés mennyire kétes dolog, már az egészségügyben sem hagyható figyelmen kívül. A hatékony kutatásnak köszönhetően rendkívüli módon megnőtt annak lehetősége, hogy az emberi életet a kezdetén és végén megmentsük és meghosszabbítsuk. Folyamatosan nő a várható élettartam, ami nagyrészt a modern orvostudománynak köszönhető. Az intenzív orvoslás, a szülés előtti diagnosztika és terápia, valamint a szervátültetés nagymértékben kitolják az elhalálozás időpontját. Mindezek ellenére egyre többen kérdezik, nem öncélú-e az élet mindenáron való meghosszabbítása, vagy az így meghosszabbított élet minősége nincs-e fordított arányban az orvosi úton meghosszabbított élettartammal. Ezért a lakosság körében egyre nő a szkepszis, néha egyenesen harcos ellenállás az orvosi innovációkkal szemben, miközben egyre több szó esik az aktív eutanázia legalizálásáról, a beteg önálló részvételéről nemcsak gyógymódja kiválasztásában, hanem annak eldöntésében is, mikor és hogyan akarja bevégezni életét.

A modern orvostudomány külön kérdése a **gyógyíthatatlan,** azaz krónikus vagy halálos beteg páciensekkel való bánásmód. Az orvostudomány célja egyoldalúan a gyógyítás, vagyis az egészség helyreállítása. Ebbe a felfogásba nehezen illeszthetők be a krónikus betegek. (Még az is árulkodó, amikor ezekről a betegekről úgy szoktak beszélni, hogy „kimerült minden lehetőség”!). Gondolkodásunk átformálásához vezet az úgynevezett **palliatív orvoslás**.

2.3 A gyógyítás etikája és a „terapeutikai imperatívusz”

Az orvoslás célja az egészség megtartása vagy helyreállítása, tehát a betegségek gyógyítása. A gyógyítás etikájának alapvető maximája a „terapeutikai imperatívusz”. Ebből táplálkozik a kutatásra és az orvostudomány fejlesztésére való indíttatás.

> „Az elmúlt évszázad orvostudományi bűntényeiből nem tanulhatjuk meg – annak dacára, hogy gyakran az ellenkezőjét állítják –, hogy az új orvosi eljárások közül melyeket kell elutasítanunk és melyeket elfogadnunk. A történelem viszont azt tanúsítja, hogy az emberek gyógyításának – valós vagy színlelt – vágya nagyon nagy és pusztító erőt képes kifejteni. Az ilyen erőltetett törekvésnek azok esnek leghamarabb áldozatául, akiket gyógyíthatatlannak tekintenek. Azért kell erről beszélni, hogy a »terapeautikus imperatívuszból« nehogy »kategorikus imperatívuszt« *csináljunk*, és ezzel kaput nyissunk mindenféle embertelen beavatkozás előtt.”
>
> (*A. Kulhmann*: Politik des Lebens – Politik des Sterbens. Biomedizin in der liberalen Demokratie, Berlin 2001, 34–35.)

Az orvostudomány embertelenné válik, ha az egészséghez való, magyarázatra szoruló jogot – tulajdonképpen azt az emberi jogot, hogy mindenkit egyformán megillet az elfogadható egészségügyi ellátás – a boldogsághoz vagy a tökéletességhez való jog eszméjévé fokozzák. Ez az eszme még csak nem is az embertenyésztés különböző utópiáiban jelenik meg, hanem a **prediktív** (a várható eredményt előre megjósoló) **orvostudomány** már létező változatainak egyenes következménye.

▶ Példák

Látványos bírósági ítéletek mutatják, meddig vezet az az öntudattorzulás, amelyet a ma már megszokottá vált prenatális diagnosztika hozott magával. Az egyik esetben az orvostól kártérítést követeltek,

mert szülés előtti téves diagnózisa miatt fogyatékos gyermek született, akit terhességmegszakítással el lehetett volna hajtani. A bíróság azzal érvelt, hogy a gyermek költséges gondozása miatt a szülők anyagi kárt szenvedtek. Az igazság kedvéért hozzá kell tennünk, hogy nem a gyermeket, hanem a gondozási költségeket nevezték kárnak. Mindenesetre azt feltételezték, hogy ezt a kárt magzatelhajtás révén elkerülhették volna. A gyermekhez való jogból egészséges gyermekhez való jog lett.

Néhány évvel ezelőtt Franciaországban feltűnést keltett egy látványos eset. Egy súlyos fogyatékossággal élő személy nem az orvosokat, hanem a szüleit perelte be, kártérítést kérve, amiért nem vétették el művi úton. A panaszosnak igazat adtak. A bírósági döntés jogi indokolását itt nem részletezzük. Etikai szempontból fontos azonban a következtetés, hogy valakinek a nem-léte előbbre való, mint fogyatékosság miatt korlátozott léte. Ha az úgynevezett egészséghez való jog nem valósul meg, azt olyan saját jogként értelmezik, hogy jobb, ha meg sem született volna. Mivel a saját születése vissza nem fordítható, a meg nem születés jogától csupán kis lépés van az eutanázia jogáig.

Ha a boldogsághoz való szubjektív jog a prediktív gyógyászat kritériuma, innen egy lépés, hogy a tökéletességhez való jogot deklaráljuk. De a kérdés az, hogy mennyire emberi az a társadalom, amelyik egy ilyen jogi követelést elfogad és peresíthetővé tesz.

Az ember embersége azon múlik, van-e joga nem tökéletesnek lenni. A társadalom emberiességének mutatója az, hogy menynyire védi ezt a nem tökéletességhez való jogot.

Figyelembe véve az orvosbiológia fejlődését, a fogyatékos vagy más módon nem tökéletes emberek élete zavaró tényezőnek, tehernek számít mind az érintettek, mind környezetük számára. Az, hogy az élet ilyen teher, zavaró tényező lehet, és hogy az általunk világra hozott gyermekek már ezzel a megengedhetetlen feltételezéssel születnek, olyan alapvető tény, amelyet manapság újraértékelnek. Így a mo-

dern orvosi biológia arra ösztönöz bennünket, hogy etikailag gondolkodjunk el az **észszerű** és **észszerűtlen feltételezés** (az elviselhető és az elviselhetetlen) fogalmáról (ld. 11. fejezet 4).

Hans Jonas filozófus ezzel kapcsolatban megjegyzi, „hogy végül is mi nem az utánunk jövők feltételezett *kívánságairól* beszélünk (amelyek saját óhajaink is lehetnek), hanem arról, *ami kell*, amelyet nem mi szabunk meg, mert fölöttünk is, fölöttük is áll. […] Ez azonban azt jelenti, hogy nem annyira a jövőbeli emberek jogával kell törődnünk – nevezetesen a boldogsághoz való joggal, amely a boldogság bizonytalan fogalma miatt amúgy is hibás szempont lenne –, hanem inkább az ő *kötelességükkel*, nevezetesen azzal a kötelességükkel, hogy igazi emberekké legyenek: vagyis azzal, hogy *képesek* lesznek-e kötelességüket teljesíteni" (Jonas 1984, 89.). Jonas olyan kötelességről beszél, „amely teljesen egyoldalúan felhatalmaz [!] minket arra, hogy minden utánunk jövőnek nem pusztán létet ajándékozunk (ami nehezen férne össze bármilyen kényszerhatalommal [!]), hanem reájuk bízunk, megkockáztatunk nekik [!] egy életet – éppen azt a létet, amely képes annak a tehernek viselésére, amelyhez a kötelességet szabták. Hogy akarják vagy nem ezt a terhet, mi meg sem kérdezzük, még ha tehetnénk sem" (Jonas 1984, 90.).

A nem tökéletes élethez való jogban rejlik a pozitív értelme annak, amit H. Jonas nyomán az élet kockázatának vagy megkockáztathatóságának lehet nevezni.

Az ember emberségéhez tartozó nem tökéletes élet már a molekuláris genetika szintjén is megmutatkozik. Szigorúan véve minden embernek van valamilyen génhibája, még ha az nem vezet is mindig súlyos betegséghez. Míg egyfelől komoly genetikusok hívják fel a figyelmet a genetikai leszűkítés veszélyére, hiszen az embert nem lehet saját genomja alapján sem meghatározni, sem behatárolni, addig másfelől éppen a genetika segítségével derül ki, milyen elmosódott a betegség és az egészség, a fogyatékosság és a fogyatékosság nélküliség közötti határ. Ha genetikai kritériumok alapján kívánjuk meghúzni ezt a határt, azt kell mondanunk, végeredményben minden ember fogyatékos. Éppen genetikai szempontból igaz a megállapítás: Nobody is perfect.

Amennyiben az ápolószemélyzet támogatja az orvosokat munkájukban, az ő tevékenységüket is a terapeutikai imperatívusz határozza meg. Mindenesetre saját felelősségű hatáskörében a betegápolásnak saját céljai vannak, amelyek eltérhetnek a terapeutikai imperatívusztól.

A betegápolás célja és az orvostudomány célja nem minden esetben azonos. A gyógyítás terapeutikai imperatívuszát és a gondoskodás ápolói imperatívuszát meg kell különböztetni egymástól.

Az orvosnak a gyógyulás vagy az élet megőrzése jelenti a sikert. A beteg halálát éppen ezért gyakran kudarcként éli meg. De **a gondozók** esetében lehetséges, hogy a siker éppen abban áll, hogy a krónikus, súlyos vagy gyógyíthatatlan beteget jól ápolják és mellette legyenek. Az egyoldalúan csupán a gyógyulást szem előtt tartó orvoslás fogalma a hosszú távú gondozásban vagy az idősek gondozásánál elégtelen. Ekkor nem a gyógyulás a cél, hanem hogy a beteget figyelemmel kísérjék és a lehetőségekhez képest a legjobb életminőséget biztosítsák neki. Egy ennek megfelelő minőségi gondozás után a betegápolás szempontjából a „csendes" meghalás is sikeres cselekedetnek tekinthető. Ez az erkölcsi javak etikájának szemszögéből nézve azon múlik, hogy nemcsak az egészség, hanem a békés kényelem is *jóságnak* számít.

▶ Kérdések:

Mi indít arra, hogy a gondozói hivatást válasszam? Mit jelent nekem a siker? Milyen elismerést keresek? Hogyan békülhetek meg a kudarccal? Ki segít nekem ebben?

▶ Példák

Hivatásuk közben mind az orvosok, mind a gondozók számos olyan kérdéssel találkoznak, amelyeknek fontos orvosetikai vetületük van. Ilyenek:

- az orvostudomány és az emberi jogok; mit tartalmaz és milyen kérdéseket vet fel az Európa Tanács emberi jogi egyezménye az orvosi biológiára vonatkozóan;

- a betegek autonómiája és autonómiájuk korlátai, a betegek rendelkezési hatalma;
- tájékoztatási kötelesség (informed consent) és igazmondás a betegágy mellett;
- kommunikációs és döntéshozatali struktúrák a kórházban;
- hivatással járó kötelezettségek, szerepekkel szembeni elvárások, lelkiismereti döntések;
- elosztási kérdések (pénzforrások elosztása);
- a kezelés abbahagyása vagy csökkentése; gyógyító és palliatív kezelés;
- a haldoklók jogai, haldoklók ápolása, orvosi asszisztenciával történő meghalás, eutanázia;
- agyhalál és szervátültetés;
- prenatális és preimplantációs diagnosztika;
- génelemzés, genetikai tanácsadás és prediktív orvoslás;
- génterápia;
- terhességgel kapcsolatos konfliktusok és terhességmegszakítás;
- reprodukciós medicína (in vitro megtermékenyítés, béranyaság stb., „reproduktív klónozás”, a reprodukciós autonómia határai);
- embriókutatás (őssejtkutatás, embrionális őssejtkuttaás, „terápiás klónozás”);
- embereken végzett kísérletek (gyógyítási kísérletek, kutatás, ideértve a beleegyezésképtelen betegeken végzett kutatásokat is).

2.4 Az ápolási etika tárgya és feladata

Az ápolási etika tárgya és feladata meghatározásakor először tisztázni kell a betegápolás fogalmát. S. Kühne-Ponesch a betegápolást olyan „gyakorlati diszciplínának” nevezi, amelynek az a feladata, „hogy a különböző nemű, korú és kultúrájú embereket és embercsoportokat – amíg egészségesek – biztassa és tanácsokkal ellássa, ha pedig betegek, gyógyulásukban támogassa, vagy ha krónikus és gyógyíthatatlan állapotba jutottak, a jó közérzetüket és a fájdalmaik enyhítését biztosítsa” (Kühne-Ponesch 2004, 11.). „Ennek a diszciplínának az elemei: a kutatás, a filozófia, a gyakorlat és az elmélet” (Kühne-Ponesch 2004, 14.). Ez a tudományág már nemzetközi szinten is tapasztalatalapú diszciplínából egyre inkább tudományalapú diszciplínává fejlődik (Mayer 2002).

Meg kell különböztetnünk viszont **az ápolás szűkebb és tágabb fogalmát.** Tágabb értelemben az ápolás **az embernek azt az általános képességét** jelöli, hogy meg tudja teremteni a mások túléléséhez vagy jó közérzetéhez szükséges feltételeket (angolul: care/caring, azaz gondoskodás). Szűkebb értelemben **az ápolás: hivatás, illetve hivatásos tevékenység** (angolul: nursing, azaz ápolás). A „nursing ethics" jelentésű ápolási etika az ápolásnak erre a szűkebb értelmére vonatkozik.

A szakápolók nemzetközi tanácsának (angolul: International Council of Nurses – ICN) etikai kódexe értelmében az ápolói hivatásnak négy alapvető feladata van, mégpedig az egészség védelme, a betegségek megelőzése, az egészség helyreállítása és a szenvedés enyhítése.

P. Benner az ápoláshoz a következő tevékenységeket sorolja fel: segítség, tanácsadás és gondozás, diagnosztika és a betegek felügyelete, hatékony közbelépés sürgősségi esetekben, gyógykezelés végzése és ellenőrzése, az orvosi ellátás minőségének biztosítása és felügyelete, szervezés és együttműködés (Benner 2000. 64.).

A betegápolás etikájának tárgyát azok az etikai válaszok képezik, amelyeket a gondozással, annak tervszerű végzésével, az ápolószemélyzet magatartásával, a betegekhez és hozzátartozóikhoz való viszonyával kapcsolatban fogalmaz meg. A betegápolás etikája az ápolás és az ápolói hivatás erkölcsi alapelveivel is foglalkozik. De mint az ápolás ethoszának etikai elmélete, azzal is foglalkozik, hogy az ápolószemélyzet miképpen viszonyul az ápolással foglalkozó intézményekhez és szervezetekhez, illetve miként épül be ezekbe. A betegápolás etikájának tehát tárgyát képezik az ápolási munka intézményes és szervezeti keretei is.

A betegápolás különböző szakterületeinek megfelelően az ápolási etika

- az ápolás gyakorlatával,
- az ápolás menedzsmentjével,
- ápoláspedagógiával és
- a betegápolás tudományával (science in nursing) foglalkozik.

(Lay 2012, 85. kk.)

A gondozás etikája és más szakágak etikája között egész sor kapcsolat vagy érintkezési pont található (vö. Lay, 2012, 66.). Az **ápolás gyakorlata** nemcsak az orvosi etikával, **a szociális munka etikájával** is rokonságban van (vö. Lay, 2012, 144.). A **betegápolás menedzsmentje** sok helyen érintkezik a gazdasági etikával, a társadalmi etikával és a politikai etikával. **Az ápoláspedagógia etikája** az általános pedagógiai etikával áll cserekapcsolatban. A betegápolás tudománya pedig a tudományetika és a kutatási etika részterülete.

2.5 Az orvosi etika és a betegápolás etikája

Alkalmilag felvetődik a kérdés, hogy az orvosi etika mellett vagy a tudományosan szervezett betegápolás keretén belül szükséges-e és indokolt-e, hogy a betegápolásnak is külön szakterületi etikája legyen. Vannak-e a betegápolás hivatásának saját és sajátos erkölcsi, illetve etikai kérdései, vagy pedig a gondozói etika kérdései és konfliktusai valójában általános orvosetikai kérdések? A. van der Arend (1998) szerint **a betegápolás terén számos helyzetet** lehet említeni, amelyeknek etikai vetületük van.

▶ **Példák**

- a pénzügyi és személyzeti megszorítások miatti elégtelen kezelés;
- a kezelés folytatása a haldoklók esetében;
- a betegek hosszan tartó vagy gyakori izolálása vagy elkülönítése;
- az öngyilkosságra hajlamos beteg felügyelete;
- eutanázia;
- az igazságról való információ kényszerű visszatartása a halálos beteg prognózisára vonatkozóan;
- kómába esett, a gyógyíthatatlan beteg életfunkcióinak fenntartása;
- kikényszerített gyógyszeradás;
- kényszertáplálás;
- újraélesztés vagy újra nem élesztés a beteg szándékának ismerete nélkül;
- a kezelés megszakítása.

Természetesen a fent említett témák egyike sem csupán a betegápolásra tartozó kérdés. Az ilyen helyzetekben az orvosok, a hozzátartozók és a betegek is érintettek. A végső felelősséget nem is az ápolók, hanem az orvosok és – a betegek autonómiája értelmében – a betegek vagy törvényes képviselőik hordozzák. Ebből jól látható, hogy az ápolási etika és az orvosi etika kérdései fedik egymást, méghozzá nem is kicsit.

Másrészt az ápolók és az orvosok illetékessége különböző, s ezeket jogilag is meg szokták különböztetni. Minden hivatásetikának egyik alapvető feltétele, hogy ne lépje túl a törvény szabta illetékességi körét. Viszont az ápolóknak napi szinten gyakoribb kapcsolatuk van a betegekkel, mint a kezelőorvosoknak. A gondozóknak több napi kapcsolatuk van a betegekkel, mint az őket kezelő orvosoknak. A betegek gondozása és a velük való kommunikáció során különleges konfliktusok jelentkeznek, amelyek nem kimondottan orvosi kérdések, hanem a betegápolás etikai kérdései.

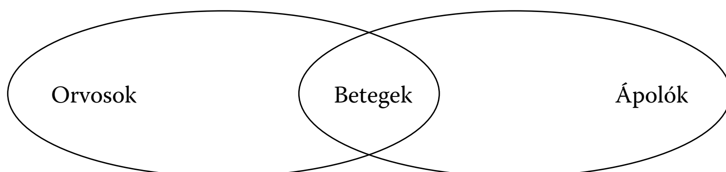
▶ **Példák**

- a „nehéz" betegek kezelése;
- kapcsolattartás a hozzátartozókkal (különösen azokkal, akik „nehézséget" jelentenek);
- szellemileg zavart személyek kezelése;
- a betegek ágyhoz kötözése (például a geriátrián, a pszichiátrián vagy az intenzív osztályon);
- a hosszas gondozást igénylő betegek elhelyezése, lakás- és életkörülményei;
- odafigyelés a kómás betegekre;
- pelenkázott betegek ápolása;
- a hosszas ápolásra szoruló betegek szexualitása és szexuális szükségletei (pszichiátria, geriátria);
- fogamzásgátlás, terhesség és terhességmegszakítás (pszichiátria, gyermekek és fiatalok pszichiátriája);
- az ápolás során tapasztalt agresszió és erőszak (különösen a pszichiátrián és a geriátrián);
- eltérő kultúrájú betegek ápolása (más kultúrkörből származó, más-más vallási hátterű betegekkel való bánásmód);
- a holttestről való gondoskodás a halál beálltakor;

- a hozzátartozók lelkigondozása a haldoklás idején és a halál beállta után;
- a betegápolásra vonatkozó kutatás etikája.

Az alábbiakban megindokoljuk ugyan, miért van értelme a saját és sajátos betegápolói etikának, de ezzel nem egy elképzelt táblázat **külön oszlopát** kívánjuk létrehozni, pusztán egymás mellé sorolva az orvosi etikát, az ápolói etikát, valamint más segítő és az egészségüggyel kapcsolatos hivatások etikáját (az általános egészségügyi etika égisze alatt), hanem egy olyan **integratív modellt**, amely abból indul ki, hogy a különböző hivatások kölcsönhatásban vannak és együttműködnek, ahogy ez meg is felel (vagy meg kellene felelnie) a szakmák közötti csapatmunkának.

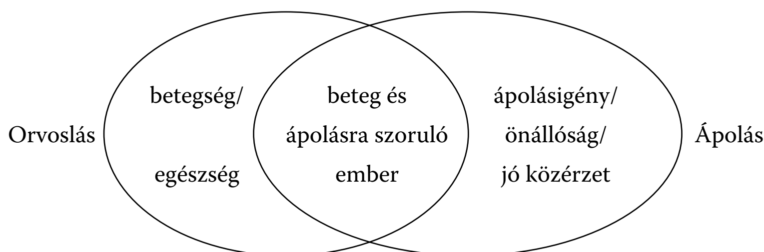
A betegápolói etika és az orvosi etika közötti összefüggés a következőképpen ábrázolható:



Az orvosok és az ápolók működési és etikai területei azért metszik egymást, mert mindkettőjük tevékenység a betegre irányul. **A beteg az orvosi etika és a betegápolási etika egymást metsző halmazainak középpontjában áll**.

Azonban a kérdés az, hogy a betegség és az egészség milyen mértékben legitimáló (feljogosító), illetve teleológiai (célszerűségi) kategóriája nemcsak az orvostudománynak, hanem a betegápolásnak mint diszciplínának is. Ápolásra két **kategória jogosít fel**: ha valaki **ápolásra szorul** és ha **ápolást igényel**. A betegápolás **teleológiai** kategóriája az **önállóság visszaszerzése** (képes önmagáról gondoskodni), a **jó közérzet**, az **életminőség**.

A betegség nem az egyetlen indok arra, hogy valaki ápolásra szorul – gondoljuk például a súlyos fogyatékossággal élő emberekre. De az önállóság vagy a jó közérzet sem azonos az egészséggel. Az egészségápolás és a betegápolás hivatásmegnevezése és hivatásképe mindenesetre arra a működési területre vonatkozik, ahol a beteg és az ápolásra szoruló ember találkozik. Ennek megfelelően az orvostudomány és a betegápolás összetartozását és megkülönböztetését illető modellünket bővítenünk kell:



A betegápolás etikájának, mint az orvosi etika mellett az egészségügyi etika másik önálló területének az a feladata, hogy az **ápolószemélyzet különleges szerepét** és felelősségét megfogalmazza. Ez magában foglalja azt a kérdést is, hogy az ápolók erkölcsi felelőssége hogyan viszonyul hivatásbeli és törvényes felhatalmazásukhoz és egyéni hatáskörben való döntéshozatali illetékességükhöz. Milyen beleszólási joguk van az ápolóknak, ha például a kezelés folytatásáról vagy megszakításáról kell dönteni?

> A betegápolás etikája a gondozói tevékenységgel és annak külső feltételeivel nemcsak az individuális és a személyi etika szintjén, hanem szociáletikai és szervezetetikai szinten is foglalkozik.
>
> (Arndt 1996, Krobath/Heller 2010)

▶ **Példa**

Amikor egyes bécsi otthonokban az idős embereket vagy az elmebetegeket továbbra is hat-nyolc ágyas szobákban helyezik el, az ápolók

nem tudják megoldani a problémát. Ilyen helyzetben az egészségügyi politika, a szociálpolitika és a törvényhozás is érintve van, ezért az ápolók szakmai képviseletének is fel kell lépnie.

2.6 Összefoglalás

Az orvosi etika és a beteggondozás etikája az egészségügyi etika két egyenrangú része. Az orvosi etika kérdésit ma csak interdiszciplináris és szakmaközi szinten lehet kezelni. Akárcsak a betegápolás tudománya, az orvostudomány is gyakorlati vagy cselekvéstudomány. Az orvosetikai kérdések lényegében antropológiai kérdések. Az emberről, a betegségről, az egészségről, szenvedésről, fogyatékosságról és halálról alkotott felfogásunkra vonatoznak. Az orvos és a betegápoló munkája nem csak bizonyos technikák ismeretét feltételezi: mindkét tevékenység igazi művészet. Alapvetően fontos, hogy etikai szempontból fogalmazzuk meg az orvoslás célját általában, és azt, hogy mi az értelme a diagnosztikai és terapeutikai eljárásoknak a konkrét esetben. Az orvostudomány „terapeutikai imperatívusza” nem téveszthető össze a kategorikus imperatívusszal. Továbbá az orvosi célok bizonyos esetekben eltérhetnek a betegápolás céljától.

Az orvostudomány etikája és a betegápolás etikája között számos átfedés van, de különbségek is vannak. A betegápolási etika és az orvosi etika „közös halmazában” a gondozásra szoruló ember áll. Az ápolás etikájának mint az orvosi etika mellett az egészségügyi etika önálló területének az a feladata, hogy megfogalmazza és hangsúlyozza az ápolószemélyzet különleges szerepét és felelősségét az említett helyzetekben.

2.7 Irodalom

Amelung, E. (szerk.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin et al. 1992.

Arend, A. van der: Pflegeethik. Urban & Fischer, München 1998.

Arndt, M.: Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 2., unveränderte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2007.

Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, 3. reprint. Verlag Hans Huber, Bern 2000.

Fischer, J.: Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie. Theologischer Verlag Zürich, Zürich 2002.

Fölsch, D.: Ethik in der Altenpflege. Ethische Grundsätze als Wegweiser und Hilfe für die Pflegepraxis. Facultas, Wien 2013.

Fölsch, D.: Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. Facultas, Wien 2008.

Großklaus-Seidel, M.: Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegekräfte ihr Handeln reflektieren und begründen können. Kohlhammer, Stuttgart 2001.

Irrgang, B.: Grundriß der medizinischen Ethik (UTB 1821). Reinhardt, München/Basel 1995.

Kemetmüller, E./Fürstler, G. (szerk.): Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Facultas, Wien 2013.

Körtner, U.: Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007. Dorfmeister, M./Hiemetzberger, M./Messner, I.: Berufsethik und Berufskunde. Facultas, Wien 2007.

Körtner, U.: Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn ²2004.

Kreß, H.: Medizinische Ethik, Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte. Kohlhammer, Stuttgart ²2009.

Krobath, Th./Heller, A.: Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Lambertus, Freiburg i. Br. 2010.

Kühne-Ponesch, S.: Modelle und Theorien in der Pflege (UTB 2467), Facultas, Wien 2004.

Lay, R.: Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover ²2012.

Monteverde, S. (szerk.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart 2012.

Morris, D. B.: Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. Kunstmann, München 2000.

Pfabigan, D.: Pflegeethik – interdisziplinäre Grundlagen. LIT-Verlag, Berlin/Münster/Wien 2008.

Pöltner, G.: Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien ^{2}2006.

Remmers, H.: Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik, in: Cl. Wiesemann/N. Erichsen/H. Behrendt/N. Biller-Andorno/A. Frewer (szerk.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart 2003, 47–70.

Ritschl, D.: Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn 2004.

Schnell, M. W.: Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. Huber, Bern 2008.

Sontag, S.: Krankheit als Metapher. Suhrkamp, Frankfurt a. M. 1996.

Sperl, D.: Ethik der Pflege. Verantwortetes Denken und Handeln in der Pflegepraxis. Kohlhammer, Stuttgart 2002.

Wallner, J.: Ethik im Gesundheitssystem (UTB 2612). Facultas, Wien 2004.

Wiesemann, Cl./Biller-Andorno, N.: Medizinethik. Für die neue AO, unter Mitarbeit von A. Frewer. Thieme, Stuttgart 2008.

Wiesing, U. (szerk.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Reclam, Stuttgart 2008.

Willi, J./Heim, E.: Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht, 2 Bde. Springer Verlag, Berlin 1986.

3 ETIKA ÉS JOG A BETEGELLÁTÁSBAN

A betegellátás etikájának problémái mindig jogi kérdéseket is érintenek. Így az elmúlt évtizedekben az orvosi etika és a lassan hivatalos elismerést nyert ápolási etika mellett létrejött az orvosi jog mint jogtudományi diszciplína. Az alábbi fejezet tájékoztat a betegápolói hivatásokra vonatkozó alapvető jogi rendelkezésekről, valamint a betegek általános és speciális jogairól.

3.1 Orvosi jog

A modern korban bármely etikának alapvető feltétele az, hogy tegyen **különbséget erkölcs és jog között**, erkölcsiség és törvényesség között (I. Kant). A modern társadalomban a jog függetlenné vált az erkölcstől, másrészt pedig átvette azokat a funkciókat, amelyeket korábban az erkölcs töltött be. Viszont minden jognak erkölcsi megalapozottságra van szüksége. Az erkölcstől és az etikától eltérően a joghoz a törvény betartását kényszerítő intézkedéseket is rendeltek. A jognak ugyanakkor éppen kényszerítő jellegében rejlik a gyengesége is. Ahol ugyanis csupán a lehetséges büntetés miatti félelemből tartják be, ott, ha nincs külső ellenőrzés, mindenütt könnyen megszegik vagy csűrik-csavarják a törvényt. **A jog azért van ráutalva az erkölcsre és az etikára, hogy a jogkövetés önkéntes legyen, és józan belátásból, vagyis erkölcsi indokból történjen.** Persze az erkölcs is megpróbálja kényszeríteni a betartását, mégpedig **a megbecsülés és a megvetés** eszközével. Az erkölcs magasabb szintű formái azonban a belátásra és az **autonómiára** épülnek, nem pedig a kívülről indukált engedelmességre vagy a jutalom és büntetés gondolatára.

Mind az orvosi etika, mind az ápolási etika számára nagy jelentősége van annak a körülménynek, hogy **az orvosi tevékenység jogi keretei messzemenően kiépültek**. Ezért az orvoslás és a betegellátás

etikai kérdéseit ma már nem lehet a jogi kérdésektől elkülönítve tárgyalni. Az orvostudomány és a betegellátás etikája mellett a jogtudománynak önálló ágaként kifejlődött az **orvosi jog**.

Az orvosi jog nemcsak az orvosok és ápolók hivatásjogi kérdéseit, az orvoslással kapcsolatos alapjogokat, a betegek jogait és az egészségügyi intézmények jogait foglalja magában, hanem az orvosi kutatás és a betegellátással kapcsolatos kutatás minden jogi kérdését, valamint a teljes egészségügyi törvénykezés kérdéseit is.

▶ **Kérdések:**

Kellő etikai igazolást kap-e a munkám pusztán azáltal, hogy betartom a törvényes előírásokat vagy elöljáróim utasításait? El tudok-e képzelni olyan eseteket, amelyekben a jog és erkölcs egymással összeütközésbe kerül? Vannak-e olyan lelkiismereti döntéseim, amelyeknél erkölcsi alapon szabad vagy éppen kénytelenek vagyok az érvényes jogrendet figyelmen kívül hagyni?
Gondoljunk arra, hogy a hivatásjog is elismeri, hogy az ápoló lelkiismereti okokra hivatkozva megtagadhatja az együttműködést olyan intézkedésnél, amelyet a törvény megenged vagy nem büntet (például a terhességmegszakítás).

3.2 A felsőfokú ápolói és a kisegítő ápolói közszolgálatra vonatkozó törvényes rendelkezések

A felsőfokú ápolói közszolgálattal kapcsolatos etikai kérdésekben alapvetően fontos, hogy jogilag megkülönböztessük egymástól, melyek a **saját felelősségű illetékességi területek**, milyen **orvosi előírás szerinti** intézkedéseket és tevékenységeket kell **saját felelősséggel végrehajtanunk**, valamint hogy a **több hivatást egybefoglaló ellátási csapatban** melyek azok az ápolási intézkedések, amelyek **végrehajtá-**

sáért felelősök vagyunk. Csak ilyen jogszerű és világos megkülönböztetés alapján van értelme a konkrét **felelősség** megállapításának akár jogi, akár erkölcsi szempontból.

A kisegítő ápolói szolgálat felelősségi köre magában foglalja a végrehajtás és együttműködés felelősségét. A különböző kisegítő ápolói hivatás végzőinek tudniuk kell, hogy erkölcsi felelősségük is van, akár a törvény előírta felelősségükön túl is.

A felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálat működési területére vonatkozó törvényes rendelkezések (Szövetségi törvény az egészségügyi és betegápolói hivatásokról, 2016-os módosítás, amely 2024-ig fokozatosan lép életbe):

Fontosabb betegápolói kompetenciák

14. szakasz (1) A felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálat fontosabb kompetenciái közé tartozik az ápolási igények egyéni felelősség alapján történő felmérése, az ápolásra szorultság mértékének megállapítása, minden betegápolási intézkedéshez (az ápolási folyamathoz) tartozó diagnosztika, szervezés, végrehajtás, ellenőrzés és kiértékelés az ellátás minden formájában és fokán, a betegápolás keretében a prevenció, az egészség előmozdítása és az egészségügyi tanácsadás, valamint az ápoláskutatás.

[…]

Kompetencia szükséghelyzetben

14/a. szakasz (1) Szükséghelyzetben megkövetelt kompetencia:

1. Szükséghelyzetek felismerése, felbecsülése, megfelelő intézkedések hozatala és
2. azonnali életmentő intézkedések hozatala egyéni felelősség keretében mindaddig, amíg orvos nincs a közelben; haladéktalanul értesíteni kell egy orvost.

[…]

Orvosi diagnosztikával és terápiával kapcsolatos kompetenciák

15. szakasz (1) Orvosi diagnosztikával és terápiával kapcsolatosan a felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálat magában foglalja az orvos által előírt orvosi diagnosztikai és orvosi terápiás intézkedések és tennivalók egyéni felelősség körében való elvégzését.

(7) A diagnosztikával és terápiával kapcsolatos illetékességi területeken a felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálatban állóknak joguk van az 1998. évi orvosi törvény 50/a. szakaszában megjelölt személyekre vonatkozó orvosi rendelkezés mértéke szerint egyes orvosi feladatokat másokra ruházni és ehhez a szükséges útmutatást és oktatást megadni. Meg kell bizonyosodniuk arról, hogy ezek a személyek rendelkeznek-e a feladatok elvégzéséhez szükséges képességekkel, és külön fel kell hívniuk ezeknek a személyeknek a figyelmét arra, hogy a nevezett orvosi feladatok átruházását vissza is utasíthatják. Családjogi és gyámsági jogokra tartozó intézkedéseket ez nem érinthet.

Kompetenciák a több hivatást magában foglaló ellátó csoportban

16. szakasz (1) A több hivatásra kiterjedő illetékességi területhez tartozik a felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálatban szerzett betegápolói szakismeret és tapasztalat, mint a többhivatású ellátó csoport része az egészségügyi, a szociális és más hivatásokkal való együttműködésnél.

(2) A több hivatásra kiterjedő illetékességi területeken a felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálatban állóknak joguk van javaslatokat tenni és együttműködni a többhivatású ellátó

csoportban. Ezen a területen minden általuk hozott intézkedés végrehajtásáért felelnek.

35. szakasz (1) A felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálatban a hivatás végzése azt jelenti, hogy egyéni felelősséggel végeznek minden olyan tevékenységet, amely a 12. és következő szakaszok értelmében a hivatás-előírás és az illetékesség tekintetében reájuk vonatkozik, függetlenül attól, hogy ezeket a tevékenységeket szabad hivatásúként vagy alkalmazottként végzik.

Törvényes rendelkezések a segédápolók és a segédszakápolók hivatás-előírásaira és tevékenységi területére vonatkozóan

(Szövetségi törvény az egészségügyi és betegápolói hivatásokról, 2016-os módosítás, amely 2024-ig fokozatosan lép életbe):

82. szakasz (1) A segédápolói hivatások a következők:

1. segédápoló és
2. segédszakápoló.

Mindkettő egészségügyi és betegápolói hivatásnak számít, és az a feladatuk, hogy támogassák a felsőfokú egészségügyi és betegápolókat, valamint az orvosokat.

(2) A segédápolói hivatásokra hárul a felsőfokú egészségügyi és betegápolók megítélése szerint az ápolás rendjén a legkülönbözőbb korú emberek ápolási és kezelési helyzeteiben reájuk ruházott feladatok és tevékenységek végrehajtása mind mobil, ambuláns, részleges beutalásos és beutalásos ellátási formák között, mind pedig minden ellátási fokozatban.

(3) Az orvosi diagnosztika és terápia keretében a segédápolói hivatások gyakorlói végrehajtják az orvosok által reájuk ruházott, vagy a felsőfokú

egészségügyi és betegápolók által reájuk továbbruházott intézkedéseket.

83. szakasz (2) [...]
Az ápolói feladatokat csak a felsőfokú egészségügyi és betegápolók rendelkezése nyomán és felügyelete alatt szabad végezni. Intézményen kívüli feladatok esetében a rendelkezést írásban kell megtenni. Az írásos rendelkezést telefaxon vagy automata vezérlésű adatátvitel útján is lehet továbbítani a 2012. évi egészségügyi távközlési törvény megszabta módon, de csak ha a dokumentálás is biztosítva van.

83/a. szakasz (1) A segédszakápolói hivatás feladatköréhez tartozik
1. azoknak a segédápolói feladatoknak saját felelősségükre történő végrehajtása, amelyeket a felsőfokú egészségügyi és betegápolói szolgálat munkatársai vagy az orvosok bíztak rájuk a 83. szakasz 2. és 4. bekezdése értelmében,
2. szükséghelyzetben hozandó intézkedések a 83. szakasz 3. bekezdése értelmében,
3. a diagnosztikában és a gyógykezelésben való együttműködésük keretében azoknak a további feladatoknak saját felelősségükre történő végrehajtása, amelyeket az orvosok reájuk bíztak, a 2. bekezdés értelmében és
4. irányítás és oktatás a segédápolók képzésében.
[...]
(3) A 83. szakasz 2. bekezdésében leírt ápolási feladatokat és a segédápolók képzésében való irányítást és oktatást a felsőfokú egészségügyi és betegápolók rendelkezésére végzik. Intézményen kívüli feladatoknál a rendelkezést írásban kell hozni.

(4) A diagnosztikában és terápiában való együttműködésük keretében előírt feladataikat az egyes esetekben a 83. szakasz 4. bekezdése és a 83/a. szakasz 2. bekezdése értelmében írásos orvosi rendelkezésre végzik. A 15. szakasz 5. bekezdése szerint a rendelkezést a felsőfokú egészségügyi és betegápolók is kiadhatják. Az írásos rendelkezést telefaxon vagy automata vezérlésű adatátvitel útján is lehet továbbítani a 2012. évi egészségügyi távközlési törvény megszabta módon, de csak ha a dokumentálás is biztosítva van.

▶ **Kérdések:**

Milyen konfliktusok merülhetnek fel hivatásom mindennapjaiban a saját felelősség és a végrehajtási felelősség között? A felelősséget illetően milyen konfliktusok léphetnek fel a beteg, az orvos és a betegápolók között?

3.3 A beteg jogai

3.3.1 Az emberi jogok és az alkotmányos jogok

A betegek sajátos jogait általános **alkotmányos jogaik** és **személyiségjogaik** összefüggésében kell tekinteni. Az **emberi jogok egyetemes nyilatkozatát** 1948. december 12-én fogadták el (az ENSZ közgyűlésének 217. [III.] számú határozata).

Az emberi méltóságra és az emberi jogokra épül az alapjogoknak az a felsorolása, amellyel az 1949. május 23-i **német alkotmány** kezdődik.

Svájcban az ezekhez hasonló jogi definíciók a svájci szövetségi alkotmányban találhatók.

Ausztriában a mérvadó alkotmányos rendelkezéseket az 1867. december 21. óta érvényes „Az állampolgárok általános jogairól szóló állami alkotmányban” lehet megtalálni, amely része a mai szövetségi alkotmánynak. Ehhez tartozik még a személyes szabadság védelméről

szóló 1988. november 29-én kelt „Szövetségi alkotmányos törvény”, amely az 1867-es alkotmány 8. szakasza helyére lépett.

A német alkotmány

1. szakasz (1) Az emberi méltóság sérthetetlen. Minden állami hatóság kötelessége tiszteletben tartani és védelmezni az emberi méltóságot.

(2) A német nép vallja és elfogadja a sérthetetlen és elidegeníthetetlen emberi jogokat mint minden emberi közösség, a béke és az igazságosság fundamentumát.

[...]

2. szakasz (1) Mindenkinek joga van saját személyisége szabad kibontakoztatásához, ha nem sérti mások jogait és nem ütközik az alkotmányos rendbe vagy erkölcsi törvénybe.

(2) Mindenkinek joga van az élethez és a testi épséghez. A személy szabadsága sérthetetlen. Ezek a jogok csak törvényes alapon sérülhetnek.

A svájci szövetségi alkotmány

7. szakasz: „Az emberi méltóságot tiszteletben tartani és védelmezni kell.”

A 10. szakasz megfogalmazza az élethez való jogot és a halálbüntetés tilalmát, a személyes szabadsághoz, különösen a test és lélek integritásához és szabad mozgásához való jogot, valamint a kínzás és minden megalázó bánásmód tilalmát.

A 117–119/a. szakaszokban a beteg- és baleset-biztosítással, az egészség védelmével, a reproduktív orvoslással és humángenetikával, valamint a szervátültetéssel kapcsolatos alapvető rendelkezéseket találjuk.

Az 1988. november 29-én kelt szövetségi alkotmányos törvény a személyes szabadság védelméről

1. szakasz (1) Mindenkinek joga van a szabadsághoz és biztonsághoz (személyes szabadság).

2. szakasz (2)	Személyi szabadságától az ember csak az alábbi esetekben, törvény által előírt módon fosztható meg: […] 5. ha alapos okkal feltételezhető, hogy az illető fertőző betegségek terjesztésének veszélyforrása, vagy pedig ha pszichés betegség miatt kárt tehet önmagában vagy másokban.

Ebben az összefüggésben az **emberi jogok** 1950. november 4-én kelt **európai egyezménye** is fontos. Ez az egyezmény, amelyet Németország és Svájc is ratifikált, 1958 óta Ausztriában még az alkotmánnyal is egyenrangú.

Az emberi jogok európai egyezményének rendelkezései

2. szakasz (1)	Minden ember élethez való jogát törvény által kell védelmezni. Tilos a szándékos emberölés, kivéve a halálbüntetéssel járó bűncselekményért bíróság által kiszabott halálos ítélet végrehajtását.

Az emberi jogok európai egyezményéhez készült 6. számú jegyzőkönyv szerint az Európai Tanácshoz tartozó valamennyi tagállamban eltörölték a halálbüntetést (1. szakasz). A 2. szakasz ugyanakkor kimondja, hogy törvény útján bármelyik állam előírhatja a háború idején vagy közvetlen háborús veszély esetén elkövetett bűnökért járó halálbüntetést.

3. szakasz	Senkit sem szabad kínzásnak vagy embertelen vagy megalázó büntetésnek vagy bánásmódnak alávetni.
5. szakasz (1)	Mindenkinek joga van a szabadsághoz és biztonsághoz. Szabadságától az embert csak a következő esetekben és csakis törvényben előírt módon lehet megfosztani: […] e) ha törvényes fogva tartás alatt áll, ha fertőző betegségek terjesztésének veszélyforrása, vagy

	ha pszichés beteg, alkoholista, kábítószerfüggő vagy csavargó.
8. szakasz (1)	Mindenkit megillet a magán- és családi életének, otthonának és levelezésének tiszteletben tartása.
9. szakasz (1)	Mindenkit megillet a gondolati, lelkiismereti és vallásszabadság.
14. szakasz	A jelen egyezményben meghatározott jogokkal és szabadságjogokkal való élést úgy kell biztosítani, hogy senkit ne érjen hátrányos megkülönböztetés neme, fajtája, bőrszíne, nyelve, vallása, politikai vagy más nézete, nemzeti és társadalmi származása, valamelyik nemzeti kisebbséghez való tartozása, vagyoni helyzete, születése vagy másmilyen státusa miatt.

Az **élethez való jog** mellett az **egészséghez való jog** is alapvető emberi jog. Az élethez való jog az ember polgári és politikai jogai közé tartozik, s az egészséghez való jogot az ember gazdasági, társadalmi és kulturális jogai közé számítják. Ezzel kapcsolatban számos nemzetközi megállapodás létezik, a legfontosabbakból itt idézünk:

A polgári és politikai jogokra vonatkozó 1966. december 19-i nemzetközi szerződés

6. szakasz (1)	Az élethez való jog minden embernek veleszületett joga. Ezt a jogot mindenütt törvény által kell védelmezni. Senkit sem szabad önkényesen megfosztani az életétől.

A gazdasági, társadalmi és kulturális jogokra vonatkozó 1966. december 19-i nemzetközi szerződés

12. szakasz (1)	A szerződést aláíró államok elismerik, hogy mindenkinek joga van az általa elérhető legteljesebb testi és lelki egészséghez.

(2) Ennek a jognak a teljes körű biztosítása érdekében az aláíró államok intézkednek annak érdekében:

a) hogy csökkenjen a halvaszületések száma és a gyermekhalandóság, hogy a gyermekek egészségesen fejlődjenek;

b) hogy javuljanak az egészséges környezethez és az egészséges munkakörülményekhez szükséges feltételek;

c) hogy megelőzzék, kezeljék és leküzdjék a járványokat, a fertőző, a szakmai és más betegségeket;

d) hogy betegség esetén mindenkinek biztosítsák az egészségügyi intézmények használatát és az orvosi ellátást.

Az Európai Unió Alapjogi Chartája, 2000. december

2. szakasz (1) Minden személynek joga van az élethez.

(2) Senkit sem lehet halálra ítélni vagy kivégezni.

3. szakasz (1) Minden személynek joga van a testi és lelki integritáshoz.

(2) Az orvostudományban és biológiában szem előtt kell tartani, hogy:

- az érintett személy szabad beleegyezését adja, miután előzőleg a törvény által előírt módon felvilágosították,
- tilos minden, különösen emberek kiválasztása céljából végzett eugenetikai kísérlet,
- tilos az emberi testet vagy annak valamely részét nyereség céljából használni;
- tilos az embert reprodukáló klónozás.

13. szakasz A művészet és a kutatás szabad. Az akadémiai szabadságot tiszteletben kell tartani.

34. szakasz Minden személynek joga van egészségügyi megelőző intézkedésekben és orvosi ellátásban részesülni az illető állam törvényes előírásainak és szokásainak mértékében. Az unió valameny-

nyi politikájának és intézkedésének meghatározása és végrehajtása rendjén az egészség védelmének magas fokát kell figyelembe venni.

3.3.2 A betegek sajátos jogai

Ha jobban megnézzük, a **betegek joga olyan általánosan előforduló jogi kérdés**, amely Németországban, Svájcban és Ausztriában részben a szövetségi jogrend része, részben pedig az egyes tartományok, illetve kantonok ügye. Így például Ausztriában a betegjog kérdését nemcsak a klasszikus egészségügyi törvényekben találjuk meg – mint például az orvosi törvényben (ÄrzteG), az egészségügyi és betegápolási törvényben (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz/GuKG), vagy azokban az elvi jellegű szövetségi rendelkezésekben, amelyeket a tartományi törvényhozásnak kell részleteznie, amilyen például a kórházakról és gyógyüdülőkről szóló törvény (Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz/KAKuG; BGBl. 1957/1, utóbb a BGBl. 1993/801 által módosítva) –, hanem olyan területeken is, ahol a törvényes szabályozás kizárólag a szövetségi tartományok ügye (például az idősotthonok, a mentőszolgálat és a fogyatékosotthonok).

Németországban a betegek jogait a 2002 októberében minisztériumok és szakmai szövetségek által kiadott vezérfonal foglalja össze. Ez a vezérfonal tájékoztat a kezelési viszonyokra vonatkozó jogokról, valamint a kártérítés szabályairól. A benne foglalt témák a szabad orvosválasztástól a betegek beleegyezésén, az aktív eutanázián, a betegnyilvántartás kötelező vezetésén, a kórlapba való betekintés jogán át a kártérítési igényekig terjednek. Ehhez a vezérfonalhoz hasonló tájékoztató kiadvány létezik az egyes szövetségi tartományokban is (például Észak-Rajna–Vesztfáliában, Alsó-Szászországban vagy Rheinland-Pfalzban). A betegek jogaiért küzd a betegvédő egyesületet (http://patientenschutz.de).

Svájcban a betegek jogaival a kantonok saját törvényei foglalkoznak. Bizonyos betegjogokat a szövetségi törvények is átvettek (mint például az orvosilag ellenőrzött mesterséges megtermékenyítés, természetgyógyászat, szervátültetés, sterilizálás, genetikai elemzés, ku-

tatás). Gyámügyi eljárásokról szóló rendelkezések pedig a svájci polgárjogi törvényben is vannak. A betegjogok érdekében száll síkra a „svájci betegjogi szervezet” alapítványa, amelynek Zürichben, Bernben, St. Gallenben, Lausanne-ban és Oltenben vannak tanácsadó irodái. (http://www.spo.ch)

Ausztriában a következő törvényi rendelkezések vannak érvényben: a beutalt betegek alapvető joga (vö. § 5a KAKuG)

- tájékozódni jogaikról
- felvilágosítást kapni
- megtudni, mi áll az anamnézisükben
- hozzátartozóik látogatását fogadni
- igény szerint lelkigondozásban részesülni
- pszichológiai támogatást élvezni
- intimitásuk biztosítása
- méltó módon meghalni
- hogy legyenek tekintettel megszokott életritmusukra
- hogy a beutalt gyermekeknek legyen gyermekbarát kórtermük.

A törvény másik paragrafusa – § 8 (2) és (3) KAKuG – értelmében joguk van

- az orvostudomány alapelvei és elismert módszerei szerinti kezeléshez
- beleegyezésüket adni a kezeléshez.

Még ha az utóbbiakat Ausztriában csak különleges kezelések és műtéti beavatkozások esetében írják is elő kifejezetten, a polgári jog általános elvei alapján kétségtelen, hogy az orvos tájékoztatási kötelezettsége és a beteg beleegyezése mindenféle orvosi kezelés vagy egészségügyi ellátás esetében érvényes.

Az egészségügyi törvény (KAKuG) 23/1. szakasza értelmében állami kórházakban az elengedhetetlenül szükséges első orvosi segítségnyújtást senkitől sem szabad megtagadni. Ez az alapvető rendelkezés a 40. szakasz szerint a nem közhasznú, azaz magánkórházakra is vonatkozik. A 23/2. szakasz szerint a kórházak kötelesek a csecsemőket édesanyjukkal együtt felvenni. Az egyes tartományok egyébként is kötelesek arról gondoskodni, hogy a gyermekek felvételénél a kórházi férőhelyek függvényében a kísérőt is felvehessék.

A fent említett betegjogokat számos részleges rendelkezés egészíti ki, amelyek az orvostörvényben, az egészségügyi és betegápolási törvényben, az úgynevezett bábatörvényben, a reproduktív orvoslás törvényében, a géntechnológiai törvényben, a gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök törvényében és egy sor más törvényben és végrehajtási utasításban találhatók.

A biztonságos betegjogok érdekében Ausztria szövetségi köztársaság és a stájer tartomány 2002 októberében megállapodást kötött.

Ez a **betegek chartája** (BGBl 153/2002) nyolc paragrafusban szabályozza:

- az alapvető kérdéseket
- a kezelés és a betegápolás jogát
- az emberi méltóság és testi-lelki épség tiszteletben tartásának jogát
- az önrendelkezéshez és információhoz való jogot
- a dokumentáció (orvosi papírjaikba való betekintés) jogát
- a gyerekekre vonatkozó külön rendelkezéseket
- a betegek érdekképviseletét
- kártérítési igények érvényesítését.

A betegek chartája (BGBl 153/2002)

Alapvető rendelkezések

2. szakasz A betegek személyiségjogait különösen védeni kell. Emberi méltóságukat minden körülmények között tiszteletben kell tartani és meg kell védeni.

3. szakasz A betegeket nem szabad betegségük vagy annak gyanúja miatt hátrányosan megkülönböztetni.

A méltóság és a testi-lelki épség tiszteletben tartásának joga

9. szakasz (1) A betegek magánéletét óvni kell.
(2) Ha ugyanabban a helyiségben több beteget helyeztek el és kezelnek, építészeti és szervezési megoldást kell keresni annak érdekében, hogy magánéletüket és intimitásukat megóvjuk.

	(3) Különösen a hosszabb időre beutalt betegeknél biztosítani kell a meghitt környezetet.
10. szakasz	A kórházakban és a gyógyüdülőkben úgy történjen a szervezés, úgy folytassák a kezelést és az ápolást, hogy az lehetőleg igazodjon a beteg megszokott, mindennapos életritmusához.
A betegekre vonatkozó rendelkezések (ld. a 11.3. fejezetet is!)	
18. szakasz	A betegeknek joguk van előre nyilatkozatot írni arra az esetre, ha elveszítenék cselekvési képességüket, nem óhajtanak bizonyos kezelést vagy kezelési módot, s ezt későbbi orvosi döntések esetében, ha csak lehet, vegyék figyelembe.

A betegek méltósága és integritása tiszteletben tartásához való jog körébe tartozik a **vallási segítségnyújtás** (12. szakasz) is, ha azt kérik, valamint a **látogatók fogadásának joga,** amelyben a látogatások vagy bizonyos látogatások elutasítása is benne van (14. szakasz).

A betegek chartája kimondja, hogy a charta nem csak a beutalt betegekre vonatkozik, hanem az ambuláns ellátásra, sőt az intézményeken kívüli orvosi ellátásra is, beleértve a házi beteggondozást és az egyénileg működő egészségügyi hivatások, illetve gyógyszertárak szolgáltatásait is (5. szakasz).

A betegek chartája külön hangsúlyozza, hogy a betegeknek próbálják a lehető **legkevesebb fájdalommal járó terápiát** biztosítani (7. szakasz, 1.), s ez a haldoklókra is érvényes (15. szakasz). Utóbbiak esetében egyenesen *kötelező* ilyen terápiát alkalmazni.

▶ **Kérdések:**

Mit tegyek, ha azt látom, hogy valamelyik orvos vagy egy kollégám megsérti a gondozásomra bízott személyek alapvető személyiségjogait vagy betegjogát? Mit tegyek, ha egyik beteg nem veszi figyelembe a másik beteg jogait, testi-lelki épségét vagy magánéletét?

3.4 Összefoglalás

A jogot és az etikát, bár egymással szoros kapcsolatban vannak, meg kell különböztetni egymástól. Ez jól szemléltethető a felelősség fogalmán, amely mind a hivatásjognak, mind a betegápolói etikának kulcsszava. Etikai és jogi szempontból különbséget kell tenni a saját felelősség és a végrehajtási felelősség között.

A betegápolásban az ápoló saját felelősségének és a gondozására bízottak önrendelkezési jogának és egyéni felelősségének meghatározó szerepe van. Mindkét félnek – a gondozónak és a betegnek – vannak jogai is, kötelességei is. A betegek sajátos jogai az általános emberi jogokra, valamint az emberi méltóságra épülnek. Alapvető jog az élethez és a testi-lelki épséghez való jog, valamint az egészséghez és a megfelelő orvosi ellátáshoz és ápoláshoz való jog. Ezekből vezethető le egy egész sor betegjog. Közülük kiemeljük a kezelés és ápolás jogát, az emberi méltóság és testi-lelki épség megőrzésének jogát, az önrendelkezéshez és tájékoztatáshoz való jogot, a lehető legkevesebb fájdalommal járó kezelés jogát, a lelki és vallásos gondozáshoz való jogot, valamint a méltóságteljes halálhoz való jogot.

3.5 Irodalom

Drda, E./Fleisch, G./Höftberger, Chr.: Recht für Mediziner. Ein Leitfaden für Studium und Praxis. Facultas, Wien 2003.

Kemetmüller, E. (szerk.): Berufsethik und Berufskunde für Pflegeberufe. Facultas, Wien 2013.

Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärtze, szerk. Bundersministerium für Gesundheit und soziale Sicherung és Bundersministerium für Justiz, Berlin 2003.

Sladeček, E./Marzi, L.-M./Schmiedbauer, Th.: Recht für Gesundheitsberufe. LexisNexis, Wien ^{6}2012.

4 ETIKA ÉS ANTROPOLÓGIA

Mindenféle erkölcsnek és etikának van egy meghatározott emberképe. Természetesen a „Micsoda az ember?" általános kérdést a betegápolás helyzetére vonatkozóan konkretizálni kell. Ekkor a beteg és ápolásra szoruló ember mindenkori nézőpontjáról, a méltóságáról és személyiségéről van szó. Ez a fejezet a többféle személyfogalomról nyújt tájékoztatást és a betegápolás alanyának fogalmát tárgyalja.

4.1 A betegápolás etikája, az orvosi etika és az emberkép

A legtöbb alkalommal, amikor a betegápolói és orvosi etikáról van szó, valójában az antropológia alapvető kérdéseiről beszélünk. Amögött a gyakran feltett, ám nagyon is átlátszó kérdés mögött, hogy szabad-e az orvostudománynak megtennie azt, amire képes, végső soron az antropológia alapkérdése húzódik: Micsoda az ember? Mi a betegség és mi az egészség? Mi a betegség és az egészség **célja, értelme** a beteg, az egészséges, a szenvedő és halandó ember számára?

Egészen pontosan arról van szó, hogyan viszonyul az ember saját halandóságához és halálához. Ez viszont olyan kérdés, amelyre az orvostudomány nem adhat választ a társadalom helyett, hanem csak maga a társadalom, illetve személyesen minden egyes ember. Az orvosi etikai vitában társadalmunk egységesen viszonyul az élethez és a halálhoz, s megpróbálja egyaránt figyelembe venni a személyes és a társadalmi valóságot. Amikor új orvosi technikák bevezetéséről, azok törvényes szabályozásáról és ellenőrzéséről, vagy az egészségügy jövőbeni finanszírozásáról és ezzel kapcsolatban az egyes emberek és az

egész társadalom teljesítőképességéről folyik a vita, akkor tulajdonképpen antropológiai szemléletekről, erkölcsi értékekről, sőt végső soron vallási meggyőződésekről vitatkozunk. Éppen ezért az orvosi tevékenység céljairól és szabályozásáról szóló bármilyen megegyezés nem érhető el pusztán az orvostudomány belső keretei között.

▶ **Kérdések:**

Milyen a saját emberképem és világképem? Milyen személyes tapasztalataim vannak a betegséggel, egészséggel kapcsolatban? Láttam-e már valakit meghalni? Mit érzek, ha fogyatékos embert látok? Hogyan boldogulok az idős emberekkel? Vannak-e olyan emberek vagy dolgok, amelyek utálatot keltenek bennem? Mit jelent számomra a szépség és a külső benyomás? Hogyan viszonyulok saját testemhez? Milyen szenvedéssel, fogyatékossággal, veszteséggel nem tudnék jelen pillanatban megbékülni?

A modern gyógyászat természettudományos alapokon áll, de nem merő természettudomány. Ugyanígy a betegségnek és az egészségnek is van biológiai alapja, azonban ezek sem tisztán természettudományos tényekről tanúskodnak, hiszen végső soron mindkettő társadalmi jelenség, s kulturális változásoknak vannak kitéve. Arra a kérdésre, hogy micsoda az ember, mit jelent neki a betegség és a halál, nem lehet természettudományos választ adni. Ez persze nem azt jelenti, hogy az orvostudománynak vagy a beteggondozásnak a vallás, a teológia vagy a filozófia mutat irányt, hogy mit tegyen vagy mit ne tegyen. A modern, pluralista társadalomban egyetlen csoportnak vagy intézménynek sincs joga tekintélyalapon eldönteni, mi érték és mi nem. Viszont annál fontosabb társadalmi párbeszédet kezdeményezni és párbeszédet folytatni az antropológia és az etika vitatott kérdéseiről.

Az orvostudomány és a beteggondozás emberképe a következő témákat öleli fel:

- a személy fogalma
- az orvostudomány és a beteggondozás „alanya” a kutatásban, a diagnosztikában és a terápiában

- az emberkép változása az orvoslás egyre szilárdabb természettudományos alapjai, többek között az új képalkotási eljárások révén, példának okáért, amikor feltesszük a mind betű szerinti értelemben, mind átvitt értelemben gyakori kérdést: „Mit látok itt?”
- a szemlélés/látás és az **értelmezés** segítségével szerzett felismerés: diagnosztika, etika és **hermeneutika** (az értelmezés tana)
- a megismerés, a gondolkodás és a nyelv összefüggése: milyen emberkép tükröződik az orvostudomány nyelvében.

Példák

A különböző nyelvi kifejezésformák más és más képet festenek az emberről (és az ember értékéről), mint például:
„Kórházunk emberléptékű és az emberi méltóság helye” (a Bécsi Közkórház jelmondata)
„Az ember áll a középpontban” – „betegmennyiség”; „az a fekély ott, a 3-as kórteremben”
„Az embrió: leendő ember” – „Az embrió csak egy sejtkupac”.

4.2 A személy fogalma

A mai orvosetikai és ápolóetikai viták hátterében **két** alternatív **személyfogalom** áll. Az **első felfogás** szerint **személynek lenni ugyanaz, mint embernek lenni**, s ezt a két azonos létformát pusztán biológiailag nem lehet leírni. „Ember” és „személy” ezek szerint két, egymást kölcsönösen értelmező fogalom. Nemcsak rendszerelméleti és fenomenológiai-hermeneutikai szempontból igaz, de a bibliai hagyomány és a keresztyén antropológia is úgy látja, hogy az embert történeti lénynek kell tekinteni, akinek a létét és személy mivoltát az jellemezi, hogy története van, s ebben a történetben fejlődésének legkorábbi szakasza is benne van. Ezenkívül érdemes elgondolkodni azon, hogy a személyiség egyrészt nem sajátos fogalom, hanem tulajdonság (= nem az övé, neki tulajdonították), másrészt két vagy több alany közötti párbeszédes formát feltételez. A személyiség eszerint viszonyfogalom, amelynek hátterében az a felismerés áll, hogy az egyén személyiséggé fejlődése csak abban az esetben lehetséges, ha előzékenyen egyéniségnek tekintik és úgy is bánnak vele.

Ettől eltérően létezik egy **másik,** személyre vonatkozó **felfogás,** amely John Locke filozófusra (1632–1704) vezethető vissza. **E szerint személy voltunk nem minden további nélkül azonos ember voltunkkal, hanem kötve van néhány olyan sajátosságunkhoz, mint az öntudat, a jövőtudat és az emlékezés képessége.** Ezekhez a sajátosságokhoz köthető egyfelől a személyazonosság, másfelől pedig az érdek fogalma. Ennek az elképzelésnek megfelelően a személy csak anynyiban méltó a figyelemre, amennyiben érdek kötődik hozzá. Ennek a személyfogalomnak az a következménye, hogy az apatikus, súlyosan agykárosodott emberektől, a kezdeti fejlődési stádiumban lévő embriótól és valószínűleg még az alvó embertől is elvitatják a személy státuszt.

A személynek mindkét meghatározása különböző magatartásra utal, amelyet másokkal szemben tanúsítunk. A második meghatározás a néző szemszögéből fogalmaz, az első a résztvevő szempontjából, aki a másik emberrel igyekszik kommunikálni. A néző szempontja azonban nem elégséges, hiszen saját személy mivoltunk is mindig attól függ, hogy bizonyos személyekkel kommunikációs közösségben vagyunk, amelyben kölcsönösen megismerhetjük egymás tetteit, életét, és így késztetjük egymást a kölcsönös erkölcsi felelősségre. Kant szerint is azon alapul a személy méltósága, hogy részt vesz-e az emberek közötti kommunikációban.

„A személyre […] az jellemző, *ha* bizonyosságot nyerünk arról, hogy ő valóban ő, ezt a bizonyosságot csupán tőle kiindulva, azaz úgy nyerhetjük el, ahogyan a velünk való kommunikációban ő megmutatkozik. Ha ezt ilyen *feltételes módban* fogalmazzuk meg, ebben a definícióban olyan, a mai bioetikában vitatott esetek is bennfoglaltatnak, mint a súlyosan agykárosodott, a kómában fekvő vagy az alvó emberek, akik nem érthető közlés formájában mutatkoznak meg, vagy nem ily módon határozzák meg önmagukat. Őket személyként érzékelni azt jelenti, róluk is feltételezzük, ha bizonyosságot nyújthatnának arról, hogy ők valóban ők, a velük való kommunikációban tennék ezt” (Fischer 2002, 24.).

Ha ebben az értelemben személynek lenni és embernek lenni ugyanaz, akkor a **testiség** a személyiség része. Ami a testet és lelket illeti, ezeket egyrészt meg kell különböztetni a személytől, másrészt mindig a személyre is vonatkoznak. Ezért is következik a személy méltóságából az, hogy joga van az élethez és a sérthetetlenséghez.

A test és a személy kapcsolatát illetően két dolog érvényesül. Egyrészt az, hogy „én test *vagyok*", másrészt pedig, hogy „nekem testem *van*". Testünk a személyiségünk hordozója és egyúttal az a médium/közvetítő, amelyen át környezetünkkel és embertársainkkal kommunikálunk. Ha elfogadjuk azt a hagyományt, amely szerint az ember „animal rationale" (Arisztotelész), azaz eszes lény, akkor ez az ész csak **testi ész** lehet (M. Merleau-Ponty).

A filozófus Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770–1831) joggal állapítja meg, hogy minden, testünket ért erőszak egyúttal minket magunkat ér. Amikor ápolók vagy orvosok a beteg testével foglalkoznak, valójában egy személlyel, a test „viselőjével" foglalkoznak. Ennek leginkább azok legyenek tudatában, akik önkívületben lévő beteget vagy éber kómában fekvő beteget ápolnak. Testi ápolás, betegápolói és orvosi kezelés nem pusztán egy emberi szervezet gondozását jelenti, hanem egy személyről való gondoskodást. A testi kapcsolat az emberek közötti kommunikáció egyik formája. Ha valaki tiszteli az embert és tiszteletben tartja az ember méltóságát, tisztelettel bánik az emberi testtel is. És ez a köteles tisztelet a beteg halála után is tart. A holttesttel való tiszteletteljes bánásmód kifejezi tiszteletünket az iránt a személy iránt, aki valamikor ebben a testben élt, akinek teste magán viseli élet- és szenvedéstörténete nyomait.

4.3 Emberi méltóság és autonómia

Amikor valakinek a személyét tiszteljük, a méltóságát ismerjük el, ugyanakkor tudnunk kell, hogy méltóság és **emberi méltóság** között

különbség van. Ha valakinek vagy valaminek méltósága van, azt a személyt vagy azt a dolgot ezzel kitüntetjük. Így beszélünk például a hivatali méltóságról. Ha egy összejövetelen felállunk, ha az állam elnöke a terembe lép, akkor ez a tiszteletadás nem a személynek, hanem az általa képviselt tisztségnek szól.

Ezzel a méltóságfogalommal szemben az emberi méltóság fogalmának van egy mélyen demokratikus alapvonása. Az emberi jogok egyetemes nyilatkozata szerint *minden* ember egyenlő méltósággal és jogokkal született. Isten előtt és a világi törvények előtt minden ember egyenlő. A Biblia nyelvén szólva: Isten nem személyválogató (ApCsel 10,34). Minden ember egyformán Isten képmása. Világiasan mondva: Az emberi méltóság minden embert megillet egyszerűen azért, mert ember. Nem lehet sem megszerezni, sem elveszíteni. Velünk született, elveszíthetetlen méltóságról van szó.

Az emberi méltóság és az **emberi jogok** közötti belső összefüggést illetően viszont a filozófusok és a jogászok álláspontja eltérő. Az emberi méltóság lehet az emberi jogok foglalata, minden emberi jogot a maga összességében jelölő fő fogalom, de lehet az alapvető emberi jogok közül a lényegesebbeknek, mint az élethez való jognak, az önrendelkezés jogának és a kínzás tilalmának megjelölése. Az emberi méltóságot úgy is tekinthetjük, mint az emberi jogok értelmezésének kritériumát, mint egyet az axiómák vagy elvek között, vagy mint az emberi jogok végső megindoklását.

Mindenesetre elmondhatjuk, hogy az emberi jogok szempontjából az emberi méltóságnak **integratív szerepe** van. Abból látszik, hogy valakinek veleszületett és elveszíthetetlen méltósága van, hogy rendelkezik az alapvető emberi jogokkal. Az alapvető emberi jogokat összefoglaló néven emberi méltóságnak nevezhetjük.

Az emberi méltóságnak lényegében négy alkotóeleme van (vö. Kreß 2012, 149.): 1. Az élethez való jog, és ezzel összefüggésben az élet, a testi sértetlenség és az egészség védelme, 2. A szabadsághoz és az önrendelkezéshez való jog, 3. Minden ember egyenlősége és 4. Az emberi méltóság feltétlen érvényessége és elveszíthetetlensége.

Az emberi méltóság lényeges eleme **a szabadsághoz és az önrendelkezéshez való jog.** E tekintetben **autonómiáról** is beszélhetünk. A betegautonómia és a tájékozott beleegyezés elve ezen az alapvető feltételen nyugszik. Ezek az elvek nemcsak a terápiára és a betegápolásra vonatkozóan, hanem az orvosi kutatásban és az ápoláskutatásban is érvényesek.

Az orvosetikai és ápolásetikai viták során azonban, például az önként választott meghalás esetében gyakran csak egy leszűkített autonómiafogalommal szoktak érvelni, amely szerint az autonómia önrendelkezést jelent. Ez a felfogás az orvostudományban gyakori, ha autonómián valakinek az adott esetben észlelhető belátási és ítélőképességét értik, vagy azt a képességét, hogy akaratát ki tudja fejezni. Ilyenkor az önrendelkezési jog gyakorlati eszköze lehet a tájékozott beleegyezés, vagyis a beteg szabadon, alapos tájékozódás után kifejezett beleegyezése a várható kezelésbe vagy a kezelés elutasítása.

Ha viszont Kant nyomán haladunk, akkor különbséget kell tenni az önrendelkezés és az autonómia között. Kantnál az autonómia az akarat saját törvényalkotását jelenti, de ezt megkülönbözteti az önkénytől, amely azt jelentené, hogy amit az ember akar, azt teszi vagy nem teszi. Ezért az önrendelkezésnek nem minden formája felel meg az erkölcsi értelem kritériumának. Az autonóm ember egyébként cselekedhet önmagával rendelkezve, de kénytelennek nem kénytelen így cselekedni. Kant értelmében az autonómiát olyan kizáró vagy válogató kritérium értelmében sem használjuk, amely megengedné, hogy értelmi fogyatékos vagy öntudatlan emberektől emberségüket, személyiségüket és méltóságukat elvitassuk.

Ilyen értelemben nincs is szükségszerűen ellentét az autonómia és a között a függőség között, amely bizonyos módon minden orvos és beteg kapcsolatot jellemez. Egyébként is, a sikeres terápiának, de a sikeres betegápolásnak is elengedhetetlen feltétele a **bizalom.** Az orvos-etikus és teológus Dietrich Rössler szerint viszont a bizalom tudatosan **elfogadott függőség** (Rössler 1977, 46.). A rászoruló emberek kényszerű függősége természetesen nem vezethet oda, hogy a beteget kiskorúként kezeljük. Ellenkezőleg: a betegápolók, az orvos és beteg kapcsolatát úgy kell alakítani, hogy a beteg önrendelkezését az elfogadott függőség keretein belül erősítsük. Ilyen értelemben a betegautonómia a mai orvosi és ápolói etikának hasznos alapelve, még ha ebben

az összefüggésben az autonómiának ezen felfogásán az ember meg is hökken.

4.4 Relacionális autonómia

A **relacionális autonómia** gondolata, amely a feminista etikából ered (vö. Mackenzie/Stoljar 2000), az autonómia elvont felfogása ellenében született, amely az embert másoktól elszigetelt individuumként értelmezi. Az ember viszonylény, ahogyan ezt különösen a dialogikus perszonalizmus filozófiája tudatosította. Az „Én" nem létezhet a „Te" nélkül. A modern fejlődéslélektan és a pszichoanalízis is tanúsítja, hogy az emberi én a maga individualitásában is mindig egyúttal szociális én is. A relacionális autonómia arról szól, hogy az önmagával rendelkező én rá van utalva másokra. Ez az elv érvényes az orvostudományban és a betegápolásban.

A relacionális autonómia gondolata az orvosi és betegápolói gyakorlatban egyezik a közös döntéskeresés (partizipative Entscheidungsfindung/shared decision making) modelljével (vö. Butzlaff/Floer/Isfort 2003). A beteg általában nem egyedül hozza döntéseit, hanem tanácsot tartva megbízható emberekkel – a kezelőorvossal, hozzátartozókkal vagy más közel álló személyekkel, esetleg pszichológussal vagy lelkigondozóval. A közös döntéskeresés modellje a korábbi **engedékenység** fogalmát felcseréli a **hűség/ragaszkodás** és az **összhang** fogalmával (vö. Gray/Wykes/Gournay 2002). Az engedékenység hagyományosan az orvos és beteg, illetve az ápoló és a gondozott kapcsolatának paternalista modelljére utal – a beteg egyszerűen betartja az orvos vagy a betegápoló utasításait – viszont ma a ragaszkodás mást jelent. Az az alapja, hogy az orvos vagy az ápoló a beteggel egyeztetve, egyenlő felekként kötik az „alkut". Ez a modell hangsúlyt fektet a közös döntés keresésére és a kezelés célját illető közös egyeztetésre.

Az elvont, valamilyen szolipszizmus értelmében (= csak én magam egyedül/solus ipse vagyok a világon) használt autonómiafogalom nem veszi figyelembe a súlyos beteg és haldokló emberek különleges segítségre és védelemre szorult helyzetét. Filozófiai és teológiai szempontból egyaránt kétséges dolog olyan autonómiagondolathoz kötni

az ember méltóságát, amely összetéveszti az individualitást az autarkiával és a teljes függetlenséggel, s ezért a függésnek, a rászorultságnak, a másokra utaltságnak minden formáját beteges narcizmusként fogja fel. Ez az autonómiaértelmezés oda vezet, hogy elvileg minden szenvedést és gyengeséget értelmetlennek, emberhez méltatlannak tekintünk ahelyett, hogy a betegséget, a szenvedést és a halált életünk szerves részeként fogadnánk el.

Az autonómia és az önrendelkezés elvont fogalmával Farideh Akashe-Böhme és Gernot Böhme a **szuverenitás** gondolatát állítja szembe: „Az ember akkor szuverén, ha el tudja fogadni, hogy megtörténik vele, ami történik, és hogy másoktól is függhet” (Akashe-Böhme/Böhme 2005, 62.).

Ezzel szemben viszont a „végsőkig tartó autonómia” gyakran csupán fikció. Jó, ha az önrendelkezés jogát az élet végére vonatkozóan is tiszteletben tartjuk. De még egy jól megszerkesztett betegrendelkezés sem tud változtatni azon a körülményen, hogy „a beteg ki van szolgáltatva harmadik személy felelős döntésének” (Renesse 2005, 146.). Meggondolkoztatóak Margot von Renesse német jogász szavai: „A »betegautonómia« egy olyan éremnek a fényes oldala, amelynek hátoldala az a csupasz félelem, hogy senki sem »őrizője az ő atyjafiának«” (uo.).

A Kant szerinti autonómiát úgy értelmezhetjük, hogy az csak lényeg szerinti *lenyomata* az emberi méltóságnak, de az emberi méltóságot magát az autonómiától meg kell különböztetni. Ennek értelmében az úgynevezett éber kómában lévő, vagy előrehaladott demenciában szenvedő emberek éppen úgy személyek, mint a meg nem született gyermekek, akiknek akkor is joguk van személyekként benne lenni az emberi kommunikáció közösségében, ha sem erkölcsi vitákban részt venni, sem szavakkal egyáltalán kommunikálni nem képesek. A nonverbális kommunikáció is az *emberi*, azaz a *személyhez kötött* kommunikáció egyik formája.

4.5 A betegápolás és az orvostudomány alanya

Az ápolás és az orvoslás alanya, a betegápolási és az orvosi etika szóhasználata szerint **a páciens**, vagyis **az ápolásra szorult ember** (a tudományos szóhasználat szerint a „vizsgált személy"). Minden körülmények között alany, nem szabad tárgynak tekinteni. „Az ápolói hivatás alapvető felelőssége teljes egészében az ápolásra szorult emberre irányul" (Az Ápolók Nemzetközi Tanácsa által elfogadott etikai kódex).

A **beteg embert** kell kezelni és ápolni, **nem a betegséget.** Azonban a hivatás mindennapjaiban ez gyakorlatilag sokszor fordítva történik. Ilyenkor a beteg bizonyos értelemben csupán hordozója vagy függeléke a betegségnek. Nem önálló személyt látunk ilyenkor benne, hanem esetet, amellyel általános kezelési és ápolási szabvány szerint kell eljárni. Sőt ha önálló személyként szóba hozza egyéni félelmeit, kívánságait vagy reménységét, a dolgok zökkenőmentes klinikai folyamatában egyenesen zavaró tényezőként fogják őt érzékelni. Éppen azért kell az etika az orvostudományban és a betegápolásban, hogy ezzel a folyamatosan jelentkező veszéllyel szembeforduljon.

Nagyon lényeges kérdés, hogy **tulajdonképpen ki mondja meg, ki és milyen mértékben beteg vagy ápolásra szorult**. Nyilván elsősorban az érintett személy, aki betegnek érzi magát, illetve szeretné, ha ápolnák. Másrészt viszont az orvos, aki megállapítja a diagnózist, és hogy az illető kezelésre szorul. Ha az érintett személy ápolást igényel, ezt a betegápolónak kell eldöntenie ápolási anamnézis és ápolási diagnózis útján (ahogy ezt az egészségügyi és beteggondozási törvény előírja).

Ebben az összefüggésben is figyelembe kell venni, hogyan viszonyul egymáshoz az emberkép és a nyelv az orvoslásban és a betegápolásban. Az ápolásra szorult ember különböző megnevezései különböző nekik tulajdonított szerepértelmezéseket fejeznek ki. Ha **páciensnek** nevezzük, az illető személyt a szenvedő és az ápolásra szorult ember szerepében látjuk. Ha pedig egy gondozóotthon gondozottjait

vagy „lakóit” **kliensnek** vagy **ügyfélnek** nevezzük, szerződéses partnernek tekintjük. Ahogy az ápolásra szorult emberre tekint, aszerint változik a betegápoló magatartása. A gondozott iránt tanúsított különböző viszonyulásunk egész élethelyzetét és életminőségét befolyásolják.

▶ **Példa**

A betegápolás és az emberkép közötti sajátos összefüggésre jó példa a **szellemileg zavart elmeállapotú emberekkel** való bánásmód. Ebben a különböző személyfogalmak alternatívája is jól megfigyelhető. A zavarodottság különös mértékben az **ápolói etika** kérdése, mert ebben az esetben **betegápolói** és nem orvosi **diagnózissal** van dolgunk (vö. Grond 1996, 9.). A zavartság nem pszichikai betegség, hanem bizonyos testi vagy lelki megbetegedésre, lelki vagy szociális téren jelentkező irritáló tényezőre vagy valamely – például családi – kapcsolatzavarra reakcióként jelentkező tünet. A pszichiátria a zavartságot ideiglenes, helyi jellegű és bizonyos szituációkban jelentkező tudatzavarnak, tájékozódási problémának tekinti, amellyel gyakran jár együtt tudatzavar is. A sajátos ápolóetikai kérdés az, hogy az ember és a személy méltóságának megóvását a zavarodott idős emberek gondozása, ápolása rendjén nem elég elméletileg posztulálni (utólag bevezetett tételként alkalmazni), hanem az ápolás mindennapjaiban ténylegesen gyakorolni kell. Lehet, a környezet és az ápolószemélyzet túlzott elvárásnak tartja azt az alapelvet, amely szerint elsősorban a betegre kell összpontosítani és az elmeháborodott embert is a betegápolás alanyaként kell tisztelni.

A tudatzavar példáját szemlélteti a nyelvhasználat és a valóság kölcsönhatása. Nyelvünk nem pusztán tükrözi a valóságot, hanem bizonyos mértékben maga teremti meg azt.

A „tudatzavar” diagnózisa és az érintett ember szenvedése között szintén van ilyen kölcsönhatás. A zavartság egyrészt kritériuma annak, ha valaki ápolásra szorul, vagyis odafigyelést igényel, másrészt szociális szempontból a hátrányos megkülönböztetés bélyegét jelenti,

amelyet ürügyként lehet használni, hogy valakit betegnek és döntésképtelennek nyilvánítsanak, és zárt pszichiátriai osztályon való kezelését vagy éppen oda, illetve gondozóotthonba történő beutalását elrendeljék (Grond 1996, 9.). A „szellemileg zavart" diagnózis ürügyként szolgálhat arra, hogy a nemkívánatos, „nehéz esetnek" minősített idős embereket kerüljük, s a családból vagy a gondozóotthonból eltávolítsuk. Ráadásul, ha az átmeneti tétovaságot általánosítják és rásütik a „megháborodott" diagnózist, bizonyos körülmények között a beteg vagy az öregotthon lakója szellemi leépüléséhez vezethet, mert ennek a diagnózisnak a nyomán bevezetett ápolási intézkedések fokozzák az önállótlanságát és a függőségét.

▶ **Példa**

A nyelv és a valóság kölcsönhatására újabb példa lehet az aggkori **gyengeség** diagnózisa. Ennek angol szava, a „frailty" törékenységet, elesettséget, ápolásfüggőséget, „a képességek és a funkcionális önállóság fokozott visszaesését" jelenti. A frailty mint megnevezés az ember idejekorán történő organikus öregedését és nagyon sok idős ember esetében az állóképesség gyengülését jelzi. A frailty eredetileg az újszülöttgyógyászatból származik. Ott nevezik gyarapodási zavarnak (failure to thrive) azt a tényt, hogy bár a laborvizsgálati eredményekből és a vitális funkciókból nem utal rá semmi, az újszülöttek nem növekednek. A frailty fogalma a halandóságról szóló demográfiai tanulmányokban is felbukkan. Így például az ikerszülések kutatásában a halált okozó sajátosságok genetikai elemzésénél szokták használni a „correlated frailty" (viszonylagos gyengeség) modelljét. A nagyon idős emberek tipikus jellemzője a törékenység és az egyszerre fennálló többféle betegség. Ők például könnyebben elesnek, ami gyakran okoz sebesülést, fogyatékosságot vagy halált. Az öregkori gyengeség velejárója az anyagcserezavar, mint amilyen a cukorbetegség vagy az étvágytalanság és elégtelen táplálkozás okozta fogyás/sorvadás. Mindenesetre kérdéses, hogy a „frailty" jól körülírható geriátriai fogalom, vagy ugyanolyan homályos és szubjektíve értelmezett fogalom, mint az „életminőség". Mindkét esetben nehéz pontos és tárgyszerű paramétereket meghatározni. Végül is nem egy bizonyos betegséget nevezünk aggkori gyengeségnek, mert ez egy betegséggel és öregséggel járó tünet, amely környezeti és szociális tényezőktől is függ.

A frailty esetében úgynevezett „ernyőfogalommal" van dolgunk, amely nagyon sokféle testi, lelki vagy szellemi állapotot és ezekkel kapcsolatos rászorultságot fejez ki. Ugyanilyen sokrétű célja van a gyógykezelésnek és az ápolásnak is, amely az aggkori gyengeség veszélyét megelőzéssel vagy alkalmas rehabilitációs kezeléssel kívánja csökkenteni. Gyengeség és folyamatos ápolásra szorultság gyakran agyvérzés következtében is előállhat, amely persze a fiatalabbakat sem mindig kerüli el, s ezért nem kizárólagosan geriátriai betegség. Végül a gyengeség a demencia különböző eseteinél is előállhat.

Bár a pontos meghatározás nehéz, a geriátriában igenis van értelme az aggkori gyengeség fogalmat használni, mert segít az egyszerre több betegségben és azok egyéni életkörülményeire tett hatása miatt szenvedő emberről holisztikus, az egész emberre vonatkozó látásmódot kialakítani és az idős emberek életminőségét előmozdítani. Elhibázott és elégtelen volna, ha az aggkori gyengeséget csupán orvosi szemmel vizsgálnánk. Átfogó megértéséhez társadalomtudományi, antropológiai és etikai szempontokat is figyelembe kell venni.

A gondozott szemszögéből nézve az ápolók szerepe is különbözőképpen értelmezhető. Ügyfelekkel szemben szerződéses alapon működő **szolgáltatók**, a rászorulók, illetve a páciensek számára ők a **gondoskodók**, de például az orvossal vagy a hozzátartozókkal szemben ők a gondozottak **ügyvédje**.

Amikor arról beszélünk, hogy a gondozott személy (akár páciens, akár az otthon lakója, akár kliens) a betegápolás és az orvoslás alanya, illetve arról, hogy mindig a betegre kell összpontosítani, akkor ez természetesen nem jelenti azt, hogy az orvost vagy a betegápolót mint alanyt figyelmen kívül hagyhatjuk. Ellenkezőleg: az orvosnak és a betegápolónak, még amikor a betegre figyel vagy vele beszél is, komolyan kell vennie, hogy ő maga is személy és erkölcsi alany, s ha szükséges, erre a betegnek is fel kell hívnia a figyelmét. A gondozottal szembeni tisztelet és az önbecsülés nem zárja ki egymást. Az erkölcs személyközi jelenség. Cselekedeteink csak ott vannak az erkölcs szintjén, ahol nem csupán az egyénre és az igényeire irányulnak, hanem alapvetően mindenkire tekintettel vannak. Ha tekintettel akarunk

lenni mind a másik ember személyében, mind a magunk személyében az ember méltóságára, ennek az a feltétele, hogy becsüljük meg önmagunkat és bánjunk vigyázattal önmagunkkal, saját életünkkel, testünkkel és egészségünkkel.

> „Én én vagyok, amikor másokat ápolok is."
> „Aki másokról gondoskodik, annak elsősorban önmagával kell gondosan bánnia."
>
> (Liliane Juchli)

▶ **Kérdések:**

Hogy lehet az emberekben az önérték érzését és az önbecsülést fejleszteni? Mi az, ami gyengíti vagy éppen veszélyezteti önbecsülésünket?

4.6 Összefoglalás

Mint minden etikának, a betegápolói etikának is sokféle emberképpel van dolga. Az emberkép ráadásul történelmileg változik is. Minden etika úgy tekinti az embert, mint erkölcsképes személyt. Igen ám, de a bölcseleti hagyomány két különböző személyfogalmat használ. Az egyik felfogás egynek veszi a személyt és az embert, míg a másik szerint személy mivoltunk olyan tulajdonságok függvénye, amelyek nem egyformán vannak meg mindenkinél. A jelen tankönyv az első felfogás mellett teszi le a garast. Alapvető kölcsönhatás van a sokféle emberkép között és az emberekkel, konkrétan: a beteg és ápolásra szorult emberekkel szemben használt nyelvezet között. A betegről alkotott mindenkori kép visszahat mind a betegápoló önértelmezésére, mind cselekedeteinek értelmezésére. A nyelv nem pusztán tükrözi a valóságot, hanem bizonyos módon létrehozza azt. Ezért a gondos nyelvhasználat minden etika alapvető követelménye. Az ápolótevékenység középpontjában elméletileg az ápolásra szoruló ember áll. Elmélet és gyakorlat között azonban szakadék támadhat, s a hétköznapi hivatásgyakorlás közben legtöbbször éppen emiatt adódnak etikai problémák.

4.7 Irodalom

Butzlaff, M./Floer, B./Isfort, J.: „Shared Decision Making": Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag, in: J. Böcken/B. Braun/M. Schnee (szerk.): Gesundheitsmonitor 2003. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 2003, 41–55.

Fischer, J.: Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie. Theologischer Verlag Zürich, Zürich 2002, különösen 15–34. (Kap. 1.).

Joerden, J. C./Hilgendorf, E./Thiele, F. (szerk.): Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch. Duncker & Humblot, Berlin 2013.

Gray, R./Wykes, T./Gournay, K.: From compliance to concordance. Review of the Literature on Interventions to enhance Compliance with antipsychotic Medication, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9 (2002/3), 277–284.

Körtner, U.: Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn [2]2004, különösen 27–33. (Kap. 3); 35–53. (Kap. 4); 81–102. (Kap. 7).

Körtner, U.: Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen (APTLH 61). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2010.

Pöltner, G.: Grundkurs Medizin-Ethik. Facultas, Wien [2]2006, különösen 63–88. (Kap. 4).

Schnell, M. W. (szerk.): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Verlag Hans Huber, Bern 2002.

Spaemann, R.: Personen. Versuche über den Unterschied zwischen „etwas" und „jemand". Klett-Cotta, Stuttgart [2]1998.

5 A BETEGÁPOLÁS ETIKÁJÁNAK ALAPJAI ÉS FŐ KÉRDÉSEI

A betegápolói munka a segítő hivatások közé tartozik. A betegápolás etikája a segítségnyújtás és a gondoskodás általános etikájára épül. Mit jelent etikai szempontból, ha a segítségnyújtást foglalkozásszerűen űzik? Ez a fejezet a segítségnyújtás etikai alapjairól tájékoztat és olyan etikai kérdéseket tárgyal, amelyek a betegápolói hivatás sajátos rendszeréből adódnak.

5.1 Hivatásszerű hozzáállás (professional attitudes) a betegápolásban

Az erkölcsi cselekvés és viselkedés nemcsak elismert szabályok betartását és bizonyos alapvető értékek, mint az emberi méltóság, az emberi jogok figyelembevételét jelenti, hanem egy ezeknek megfelelő alapmagatartást, illetve **hivatásszerű hozzáállást** (professional attitudes) is jelent. Az erkölcsi cselekvés alapját nemcsak erkölcsi elvek, szempontok és mércék képezik, hanem ösztönös erkölcsi megérzések is. A betegápolói hivatás alapvető erényei (lásd ezzel kapcsolatban az 1.4 pontban leírt erénytant!) között tartjuk számon a **tiszteletttudást**, a **gondoskodást**, a **figyelmességet**, **óhajokra és igényekre való odafigyelést**, az **empátiát** és **részvétet**, de ugyanígy a **megbízhatóságot** és a **testi-lelki integritást**.

Az ápolók nemzetközi tanácsa által elfogadott etikai kódex (2012) preambuluma (német fordítás 2013)

A beteggondozók négy alapfeladata:

- az egészség megőrzése,

- a betegség megelőzése,
- az egészség helyreállítása,
- a fájdalmak enyhítése.

A betegápolás egyetemes igény.

Az emberi méltóság és vele együtt az élethez, a méltósághoz és a tiszteletteljes bánásmódhoz való jog respektálása elválaszthatatlan a betegápolástól. A betegápolás mindenkit megillet életkora, fogyatékossága vagy betegsége, neme, vallási hovatartozása, bőrszíne, kultúrája, nemzetisége, politikai beállítottsága, fajtája vagy társadalmi állapota mindenféle minősítése nélkül.

A betegápoló az egyes ember, a család, a társadalmi közösség boldogulása érdekében gyakorolja hivatását; szolgálatait öszszehangolja más, ebben az ügyben érintett embercsoportok szolgálataival.

Bármilyen fontos szerepe van is az orvosok és a betegápolók képzésében és továbbképzésében **az etika tanításának,** vagy ha mégoly fontosak is azok a **vezéreszmék és példák,** amelyeket manapság a klinikák és a gondozóintézmények választanak maguknak, nem szabad elfelejteni, hogy minden alapvető etikai hozzáállást a hivatás gyakorlása közben kell elsajátítani és újra meg újra kritikailag elemezni. Az etikai nevelés magában foglalja azt is, hogy az emberben alakuljon ki egy már-már ösztönös belső erkölcsi **tartás**, amely aztán a betegekkel és a hozzátartozókkal szembeni **magatartásban** jut kifejezésre. Ebben fontos szerepe van a személyes példaadásnak. A betegápolók és orvosok által hivatásuk gyakorlása közben önmagukról nyújtott (vagy nem nyújtott) **személyes példát** – amely bizonyos értelemben a betegápolási és az orvosi etika „rejtett tanterve" – nem lehet vezéreszmék és példák iskolás tanításával helyettesíteni.

Kérdések:

Fontos, hogy saját motivációnkat újra és újra tisztázzuk: Miért szeretnék egészségügyi gondozói vagy betegápolói képzést szerezni? Milyen okból választottam az ápolói hivatást? Többéves gyakorlat után

mi indít arra, hogy hivatásomat ezután is végezzem? Mennyiben változott hivatásfelfogásom és esetleg hivatásethoszom is?

5.2 A betegápolói hivatás szervezési kérdései

Az etikai ítéletalkotás feltételezi, hogy valamely etikai kérdésben érintett minden egyes személy egyenjogú és őket egyenlő mértékben kell figyelembe venni. Különösen a diskurzusetika (J. Habermas, K.-O. Apel) indul ki abból, hogy etikai döntések csak konszenzusban és olyan párbeszédben születhetnek, amelyben senki sem uralkodó fél. Ugyanakkor a betegápolói hivatást **kettős aszimmetria** jellemzi:

- a betegápoló és a gondozott közötti helyzetkülönbség
- a betegápolók alárendeltsége az orvosokkal szemben.

Egyéb jellegzetes nehézségek az ápolói hivatásban:

- a másokról és az önmagunkról való gondoskodás kellő aránya
- a betegápolói szakma már-már történelmi elnőiesedése.

Hosszú történelme során a betegápolás először férfimunka volt. A történelem során a segítségnyújtás feladatát legelőbb a férfiak látták el. Érdemes külön megemlíteni a középkori kereszteseket és a kórházrendek tagjait, akik a Szentföldön és az Földközi-tenger térségében működtek. Csak a 19. században vált a betegápolás női feladattá (például az akkoriban létrejövő protestáns diakonisszaintézetek hatására).

A **feminista etika** részben abból a premisszából indul ki, hogy a gondoskodás jellegzetesen női tulajdonság, míg a férfiak által dominált etika inkább az igazságosság elvére épít (vö. Gilligan 1999). Kétségtelen, hogy az etika szempontjából a nemi különbségnek van jelentősége. Viszont még a feminista filozófiában is vitatott, hogy a nemi különbség biológiai jellegű-e, vagy pedig szociális és kulturális szerepek határozták meg, hiszen különbséget tesznek a biológiai értelemben vett nem **(sexus)** és a szociális és kulturális eredetű nemi szerep

(gender) között. Bármilyen fontos is legyen a gondoskodás elvének és a gondoskodásetika alapjainak feminista vizsgálata, a betegápolói szakma történelmi elnőiesedését nem lehet szó nélkül hagyni. A gondoskodásetika újabb vizsgálatai azt tanúsítják, hogy **a gondoskodás és az igazságosság nem alternatív, hanem egymást kiegészítő elvek** (vö. Biller-Andorno 2001).

A betegápolás a beteg, a kórházi bürokrácia és az orvostudomány kapcsolatrendszerében egyfajta köztes helyzetben van. A maga kettős aszimmetriájával az ápolói munka **hatalmi kérdésekkel** küzd: a) a beteg körüli forgolódásában; b) a kórház illetékességi és döntési hierarchiájában.

A betegápolói munka köztes helyzete egy olyan szervezési és hatalmi rend kifejezése, amely felveti a kérdést, hogy egyáltalán lehet-e, s ha igen, mennyiben lehet egy ilyen rendszerben autonóm erkölcsi cselekedetről beszélni. Ez minden betegápolói etika alapkérdése. A kérdésre elvileg igent mondhatunk, ha látjuk, mennyire hangsúlyos az egyéni felelősség a betegápolás lényegére vonatkozó szakmai illetékesség területén, de ott is, ahol a betegellátást több szakma közös csoportmunkájaként végzik, s amelyben a betegápolóknak egyrészt javaslattételi és együttműködési joguk van, másrészt övék a végrehajtás felelőssége is minden olyan szakápolási intézkedésért, amelyet ők maguk foganatosítottak. Gyakorlatilag viszont azt látjuk, hogy nézeteltérés támadhat, amikor az orvos rendelkezéseit az egyéni felelősség területére kell alkalmazni, hiszen itt az egyedüli és végső felelősség a rendelkező orvosé. Általában ugyanígy korlátozott a kisegítő ápolók egyéni felelőssége is.

A másokról való gondoskodást ne tévesszük össze valamilyen erkölcsileg túlhajtott önzetlenséggel. Persze az önzetlenség ilyen fonák eszményének nehogy egy pusztán a piaci elvárásokhoz igazodó ügyfélszolgálat legyen az alternatívája!

Mivel a betegápolás mint hivatás sem önzetlen önkizsákmányolás, sem részvétlen, a gazdaságosság szempontjainak alávetett szolgáltatás nem lehet, az ápolói munka minden viszonylatában, ápolóknál és gondozottaknál egyaránt érvényesülnie kell az önmagunk szeretete és az önmagunkról való gondoskodás elvének.

Az egymás kölcsönös elismerése és az egymással szemben kölcsönösen gyakorolt igazságosság gondolata a zsidó és a keresztyén vallásban nem más, mint **a felebaráti szeretet parancsa, amelyben az önszeretet is benne van:** „Szeresd felebarátodat, mint önmagadat" (3Móz 19,18; Mk10,31).

5.3 A betegápolás etikája, a gondoskodás etikája és a segítségnyújtás etikája

5.3.1 A segítségnyújtás etikája

A betegápolói hivatás a segítő hivatások egyike. A segítségnyújtás az ápolói tevékenység szíve (vö. Benner 2000, 64. skk.). Éppen ezért a betegápolás ethoszát és etikáját a **segítségnyújtás** általános ethosza és **etikája** alapozza meg. Patricia Benner szerint a betegápolás legfontosabb területei a következők: 1. segítségnyújtás, 2. tanácsadás és gondozás, 3. diagnosztizálás és betegfelügyelet, 4. hatékony fellépés sürgősségi esetekben, 5. kezelések végrehajtása és ellenőrzése, 6. az orvosi kezelés minőségének biztosítása és ellenőrzése, 7. szervezés és együttműködés.

Akárcsak a segítőkészség, a segítségre szorultság is az emberi élet egyik alapvonása. Senki sem él elszigetelten. Ne tévesszük össze az autonómiát és az önrendelkezést az autarkiával és a teljes függetlenséggel. Ellenkezőleg: az emberi életet születésétől kezdve másokra való „krónikus rászorultság" és „végtelen ráutaltság" jellemzi (W. Pannenberg). Az emberek nemcsak életük első hónapjaiban és éveiben, nemcsak betegség esetén és fokozottabban életük végén, hanem a jó

napokban is rá vannak utalva arra, hogy egymást segítsék és támogassák. A kölcsönös segítségre szorultság nem mond ellent az emberi méltóságnak – a teológia nyelvén: az istenképűségnek –, hanem az ember emberségéhez tartozik, mert végességének része. A véges élet ugyanis töredékes és sérülékeny.

Persze az ember nemcsak különösen sérülékeny, hanem ugyanakkor durva testi és lelki sértésre is képes.

Másokat megsérteni nemcsak gonosz szándékkal lehet, hanem gyakran egyenesen jó szándékkal is. Éppen ezért erkölcsi felelősségünkhöz tartozik saját tetteink etikailag indokolt korlátozása, amellyel másokat élni és érvényesülni engedünk. Ahogy jogunk van a segítséghez, ugyanúgy jogunk van a kíméléthez is!

Éppen a másokról való gondoskodás jó szándéka vezethet például oda, hogy a segítségre szorult ember autonómiáját paternalista módon megsértjük, felette gyámkodunk vagy őt manipuláljuk.

Minden etikának általános, a segítségnyújtás és a gondoskodás etikájának pedig sajátos alapfeltétele a **bizalom**. Az orvostudomány és a betegápolás arra törekszik, hogy bizalomteljes kapcsolatokat építsen ki (beleértve a titoktartás kötelezettségét is).

Az emberi élet töredékessége nemcsak a halandóságra vonatkozik, hanem a cselekvőképesség korlátozottságára is. Ezt nemcsak a segítségre szorultakkal szemben, hanem a segítségnyújtókra vonatkozóan is érdemes megfontolni. Az, hogy az emberi élet alapvetően befejezetlen élet, teológiailag több szempontból is érvényes. Ez egyrészt antropológiai adottság, mert énünk nem önmagában zárt, nem önálló egész, hanem lényegében úgy van megalkotva, hogy csak más alanyokhoz és személyekhez kötve létezik. Az ember nem csak tökéletlen lényként jön világra (A. Gehlen), minden tekintetben viszonylény.

Élete csak azon az áron lehetne független és egész, ha minden kapcsolatát elveszítené másokkal.

> Az a körülmény, hogy kölcsönösen egymás segítségére szorulunk, nem hiányosság, ellenkezőleg: alapfeltétele, hogy életünk teljes élet legyen és földi létünk értelmét betöltsük.

A segítségre szorultság és a segítségnyújtás emberi dolgok. Természetesen az, hogy „emberi", kétértelmű. Érthető mind az emberségességre, mind az emberi elégtelenségre. Éppen ezért az is kétértelmű, amikor a segítségnyújtást és annak indítékait tekintjük emberiességnek. „A segítségnyújtás nem jelent mindig csupán önzetlenséget. Nem létezik „tiszta", minden öncélúság nélküli segítség" (Ziemer 1990, 8.). Erre emlékeztet a bibliai felebaráti szeretet parancsolata. Mert a „szeresd felebarátodat mint magadat" parancsolaton átsejlik, hogy amikor a másik emberhez közeledünk, abba mindig magunkat is beleértjük.

> A segítségnyújtásban a segítő embernek két alapvető igénye rejlik: egyrészt vágyik arra, hogy szeressen, illetve hogy elismerést kapjon, másrészt hatalomra is vágyik.

A szeretet lényeges feltétele, hogy valaki segítséget nyújtson, mégpedig nem csupán az önzetlen Isten- és felebaráti szeretet értelmében, hanem a barátság és a vonzalom értelmében is. A segítségnyújtáshoz általában elengedhetetlen egy bizonyos szimpátia és emberszeretet. Az emberkerülő nem képes szeretni. Az idegenkedés és az undor érzése akadályozza, vagy akár ellehetetleníti a segítségnyújtást.

▶ **Kérdések:**

Mikor érzem azt, hogy elismerésre vágyok és mikor fog el a hatalomvágy? Hol van a betegek iránti szimpátiám, a velük való együttérzésem határa?

5.3.2 Hatalom és kiszolgáltatottság a betegápolásban

A segítségre szorultság és a segítségnyújtás helyzetében mindig felmerül a hatalom kérdése. Azt, aki segítségre szorul, gyengeség, függőség és tehetetlenség jellemzi. A segítők és a segítségre szorulók között aszimmetrikus kapcsolat van, amelyet nem lehet letagadni még olyan szép vezéreszmékkel sem, mint amilyen a betegautonómia gondolata.

A hatalom az orvoslás és a betegápolás központi kérdése. Téves lenne, ha a hatalom jelenségét le akarnánk tagadni vagy el szeretnénk tussolni. Aki gyógyítani vagy segíteni szeretne, végső soron változtatni, javítani akar a beteg vagy segítségre szorult ember helyzetén. A változtatáshoz viszont hatalomra van szükség, és arra a gyógyító erőre, amely a betegápolásban rejlik (Benner 2000, 202. skk.). Max Weber szociológus (1864–1920) maghatározása szerint a hatalom „minden, bármekkora mértékben megalapozott esély arra, hogy egy társas kapcsolatban saját akaratunkat akár ellenszegüléssel szemben is érvényesítsük" (Weber, 2002, 28.).

A hatalomnak két formája különböztethető meg: egyrészt a betegápolásban rejlő erő, amely segíti a beteget önállóságát visszanyerni, másrészt az a hatalom, amelyik kényszeríti és függővé teszi a beteget (vö. Gilligan 1999, Benner 2000).

A segítő hatalom kettőssége abban áll, hogy kényszerré és a hatalomvággyá torzulhat. Éppen olyankor juthat az ápoló oda, hogy súrolja a kényszerítés határát, amikor megpróbálja a beteget rávenni, hogy önmagán segítsen. Például amikor az ápoló olyan gyakorlatot végeztet a beteggel, amely fájdalommal jár és amelyeket éppen ezért nem szeretne megtenni. Egyik oldalon ott van az önállóságra szoktatás, a **külső beavatkozás nélküliség elve**, a másik oldalon viszont egy olyan **gyámkodás** („paternalista manipuláció"), amely éppen a beteg segítségre szorult helyzete miatt gyakran elkerülhetetlen.

A segítő hivatásokban megjelenő hatalom kettőssége láttán fogalmazott a teológus D. Stollberg ilyen provokatív módon: „segíteni annyi, mint uralkodni" (Stollberg 1988). Általánosan elismert dolog, és minden segítségnyújtásnak célja az, hogy a segítségre szorult ember a lehető legnagyobb önállóságra jutva önmagán segíteni tudjon. Ennek ellenére mindig fennáll a függőség kialakulásának veszélye. Ugyanakkor a hatalom és a konkurenciaharc kérdése újra és újra megjelenhet a csapaton belül, a különböző segítő hivatások között, illetve a hivatali hierarchián belül is.

Vigyázzunk, nem akarja senki a segítségnyújtást általában befeketíteni, ellenkezőleg, arról van szó, **hogy mindenkiben tudatosodjon a veszély**, amely a segítségnyújtás helyzetében mind a segítségre szorult embert, mind a segítőt fenyegeti. Ez a helyzet mindkét fél részéről hatalmi harccá változhat, vagy akár olyan agresszióvá fajulhat, amely végül erőszakos túlkapásokban csapódik le. Az a hatalom, amelyet a rászorultakkal szemben gyakorol a segítő, ne feledtesse el vele, hogy végső soron ő is függ a saját ki nem mondott hatalom- és szeretetvágyától. De a rászorulók is megpróbálhatnak hatalmat gyakorolni a segítők felett. Alfred Adler (1870–1937) lélektani szempontból fogalmazta meg, hogy a hatalomvágy kompenzáló módon a tehetetlenség és a gyengeség alakjában is megjelenhet.

Olvasói levél

Negyvenéves diplomás ápolónő vagyok és az áprilisi számban megjelent cikkre („Hiszen nem vagyok fából") szeretnék reagálni. Van kórházi és házi beteggondozási tapasztalatom, nyolc éve pedig egy tartományi nyugdíjasotthonban dolgozom. Én sem vagyok fából! Az idősek ápolásában dolgozó kolléganőim sincsenek fából. Lassanként az az érzésem, hogy a helyzet száznyolcvan fokban megváltozott. Kétségtelen, hogy korábban egyes otthonokban voltak nyomorúságos és visszás helyzetek. Különböző botrányok felkeltették a közvélemény figyelmét, és azóta a gondozói munka tudatosabb formákat öltött. Ennek ellenére még hiányoznak bizonyos struktúrák ahhoz, hogy a nagy fogadkozásokat valóra válthassuk. A klien-

túra is megváltozott, az otthon lakói várnak valamit a pénzükért. A megelégedett idős ember, aki boldog, ha gondosan ápolják, ma már a múlté. Mostani lakóink, még azt is megkockáztatva, hogy egyre inkább önállótlanságot tanúsítsanak, elvárják a gondozást és hogy kiszolgálják őket, hiszen ők végül is „azért fizettek". El kell fogadnunk és el kell tűrnünk az otthon „nem elmezavarodott" lakóinak tudatos sértődéseit és sértéseit. Miért lettek önök ápolónővé? Hiszen ezért fizetik önöket – mondja az egyik kellemetlen idős hölgy. Azt tapasztaltuk, hogy az otthon vezetősége is így vélekedik. Ha az otthon lakója vádaskodik és szembesítik az ápolónővel, kétség esetén mindig az ápolónő húzza a rövidebbet. […] Minden ápolóotthonnak van egy szép alaphitvallása vagy küldetési nyilatkozata, de az a gazdasági megfontolásokkal szemben mindig alulmarad. […] Én mást hiányolok: miért nincs az otthon lakóinak ilyen szándéknyilatkozata? Mit várnak el tőlük? Milyen kötelességeik vannak, még akkor is, ha ők fizetnek. Mert az nem lehet, hogy minden jog azé, aki fizet, az alkalmazotté pedig minden kötelesség. A Böhm-féle reaktiváló ápolás nagyon szépen hangzik. De ezek a mi embereink nem szeretnének újra aktívakká válni. (Bár én is megtehetném, de azért) dugd csak szépen a szádba a kanalat, hiszen azért vagy itt. Az idős korral járó élettapasztalat és bölcsesség ma már nem divatos eszme. Az öregek tudatában vannak ennek, ezért viselkednek követelőzően és gyerekesen. […] Úgy gondolom, már iskolás korban legyen egy „életszakaszok" nevű tantárgy, és a fiatalok tanulják meg, hogy van öregedés, mint az emberi élet elkerülhetetlen és igazi része. Amióta nincsenek nagycsaládok, van olyan gyermek, akinek nincs semmilyen kapcsolata az idősekkel, mintha ők egy külön emberfajhoz tartoznának […].

Christine Barthofer diplomás egészségügyi és betegápoló,
in: Österreichische Pflegezeitschrift 55 (2002/ 6–7), 11–12.

Tanácstalanság mindkét fél részéről fennállhat, azaz nemcsak aki segítségben részesül, hanem a segítőnél is. (A fenti levélből például rész-

ben jogos kritika olvasható ki, továbbá a szerző tehetetlensége/elesettsége is.) A segítők tanácstalanságára W. Schmidbauer a **„segítők szindrómája”** kifejezést használja (Schmidbauer 1995). A segítő hivatások tanácstalansága, a lélektan nyelvén, tulajdonképpen hárítás. A segítségre szorult embertárshoz való odafordulás a saját, kezdetileg fel sem ismert problémáink elhárítására szolgál. A Schmidbauer által leírt segítő szindróma tünetei: túlzott elvárás önmagunktól és fokozott vágy a nárcizmus iránti. Ugyanakkor az ilyen segítő képtelen olyan kapcsolatokat ápolni, amelyek nem a segítségnyújtás köréhez tartoznak. Ennek az az eredménye, hogy más, kölcsönösségen alapuló kapcsolatokat viszont kerül. Végül agresszió támad benne olyanokkal szemben, akik nem rászorulók, például a feletteseivel szemben, akik szerinte nem tudják magukat igazán a rászorulók helyzetébe képzelni.

Egy ápolónőképzőbe járó diáklány gondolatai

Segítsetek!
Nekem megtanították,
hogy rendesen végezzem napi kórházi munkámat,
de azt nem, hogy a beteg is ember.
Nézzétek, milyen tanácstalanság fog el
a súlyos betegek és a haldoklók mellett.
Halljátok,
amint emberi méltóságról
és a személyiség tiszteletéről papolok,
majd azt mondom nekik: tata,
vagy letegezem őket.
De hát ezt ti magatok is tudjátok…
Halljátok, hogyan pufogtatom a frázisaitokat,
amikor a betegekkel beszélek.
Látjátok,
mennyire bizonytalan vagyok, amikor velük vagyok,
és hogyan próbálom ezt leplezni
hetykén pajtáskodó beszédmodorral
vagy lázas sürgölődéssel.
Soha nem szeretném ezt így megszokni!
Segítsetek!

Heilberufe, 1981/5, 199. Idézi: Wirsing 1993, 213.

Kézenfekvő, hogy az erkölcs, illetve a hivatásethosz sem mentes a torzulásoktól. Az erkölcs, és így az önzetlenséget hirdető keresztyén erkölcs még növelheti is azt a fokozott elvárást, amelyet a Schmidbauer által leírt segítő szindrómában szenvedő emberek önmagukkal szemben tanúsítanak. A Lk 10,25-37-ből ismert irgalmas szamaritánus könnyen átváltozhat mélységesen kegyetlen, önző Én-ideállá.

▶ **Kérdések:**

Szerintem milyen az ideális betegápolás? Milyen mértékben lehet ezt az ideált a mindennapok gyakorlatába ültetni? Milyen más ideális elképzelései vannak betegápoló munkatársaimnak? Hogyan küzdök meg azokkal a helyzetekkel, amikor nem, vagy csak részben tudom megvalósítani az általam elképzelt ideális beteggondozást? Mi az, ami bűntudatot ébreszt bennem? Hogyan kezelem a bűntudatot?

A segítő hivatások etikájának többek között az a feladata, hogy tudatosítsa minden erkölcs kétértelműségét, és hogy óvatosságra intsen az erkölcsi túlzások láttán. A segítségnyújtás etikájának nemcsak a segítésre kell egyoldalúan ösztönöznie, hanem arra is, hogy saját cselekedeteinket kritikusan megvizsgáljuk, ami azt jelenti, hogy jó lelkiismerettel vagy legalábbis megvigasztalt rossz lelkiismerettel lássuk meg segítségnyújtási lehetőségeink határait, saját fizikai és pszichikai erőnk végességét, és tanuljunk meg a kellő időben nemet is mondani.

5.3.3 Erőszak a betegápolásban

A hatalom kérdésével szorosan összefügg az erőszak kérdése is a betegápolásban. Bizonyos értelemben a hatalomgyakorlás minden formája egyben erőszakgyakorlás is. Éppen ezért a betegápolásban az erőszak kérdése nemcsak akkor vetődik fel, amikor tettlegesen túlkapás történt akár a beteg, akár az ápolószemélyzet részéről.

Mindenesetre nincs általánosan elfogadott erőszakfogalom. Alapvető különbség van a természeti erők között és az emberi erő(szak)

között[*]. Az emberi erőszak alapkérdése a jogszerűség, illetve a **jogos** és a **jogtalan** erőszak megkülönböztetése. Ez megfelel a latin **potestas** (az állam erőszakmonopóliuma) és a **violentia** (emberek közötti romboló erőszak) különbségének.

A violentia jelentésköre a háborútól kezdve a sértegetésig sok mindent magában foglal: zsarolást, megalázást, durva megrohanást, intrikát (ármányt) stb. Violentia értelmében erőszaknak számít mindenféle romboló cselekedet, szeszélyesen kirobbanó esemény, amelynek saját dinamikája van, vagyis minden olyan destruktív magatartás, attitűd, történés, amin saját dinamikával rendelkezik. Lényeges, hogy különbséget tegyünk **tettes** és **áldozat** között, ahol az áldozat kifejezés többértelmű. Az áldozattal kapcsolatban beszélhetünk vallási cselekményről vagy személyes önfeláldozásról (angolul *sacrifice*), vagy éppen a jogtalan erőszak áldozatáról (angolul *victim*).

A büntetőjog különbséget tesz **személyes** erőszaktétel és **strukturális** erőszak (a társadalom és/vagy az állam részéről megnyilvánuló igazságtalanságok) között. A személyes erőszak fizikai vagy pszichikai formában mutatkozhat meg; a pszichikai erőszak lehet verbális vagy nem verbális.

Az erőszak összekapcsolható az **agresszióval**, a **dühvel**, a **gyűlölettel**, a **szexualitással** és lelki vagy testi **betegségekkel**. Végül, amikor erőszakról beszélünk, etikai és jogi szempontból különbséget kell tenni az erőszakot elkövető személy szándéka és az erőszak alkalmazásának következményei között.

Léteznek ugyanakkor különféle **stratégiák az erőszak ellen**. A legkézenfekvőbb az erőszakra erőszakkal válaszolni, de ha ezt tesszük, fennáll az eszkaláció veszélye. Ezért nemcsak a beteggondozásban, más területen is fontos alkalmas stratégiákat kidolgozni **az erőszak továbbterjedése ellenében.** Ezért az erőszakos megoldások helyett mindenképpen előnyben kell részesíteni az erőszakmentes vagy a kevésbé erőszakos megoldásokat. Ez a beszéddel, **nyelvezettel** kezdődik. Az erőszakmentes kommunikációnak vannak jól bevált technikái, amelyek célja, hogy a konfliktust és a benne szereplő személyeket ne

---

[*] A mondatnak csak az eredetiben van értelme. Németül mindkettő „Gewalt”.

minősítsék (még kevésbé becsüljék le), hanem csak tárgyilagosan leírják. Ahhoz, hogy csitítóan tudjunk hatni egy erőszakos helyzetben, nemcsak alkalmas technikákra van szükségünk, hanem helyes hozzáállásra is, amelyet gondos **figyelem,** tisztelet és **elismerés**, **szeretet** és **együttérzés**, **önkorlátozás** jellemez, és – mintegy az emberi méltóság konkretizálásaként – **a másik fél testi, lelki és személyi integritásának elismerése és védelme**.

Az erőszak-ellenesség 21 aranyszabálya

Elővigyázatosság

1. Tudassa egyik kollégájával, ha egyedül megy valamelyik beteghez vagy gondozotthoz. Mondja el neki, miért megy oda.
2. Látótávolságon belül maradni. Lássa más is, hol tartózkodik. Hagyja nyitva a szoba ajtaját.
3. Ne akarjon hősködni, ha valaki gyanús. Az erőszakra való hajlam legkisebb jelére hívja segítségül valamelyik kollégáját.
4. Akinek magas az adrenalinszintje, nem tud józanul reagálni. Valamelyik kollégája útján hívjon segítséget, ha súlyos konfliktusba keveredett.
5. A kívülállókat, például látogatókat küldje ki a szobából, ha valaki erőszakkal fenyeget. Helyettük hívja inkább a kollégáit.
6. Mindig bizonyosodjon meg arról, hogy a köztudottan agresszív személy birtokában nincs fegyver, fegyverhez hasonló tárgy, vagy még kevésbé hordjon magánál ilyent.
7. Tartson biztonságos távolságot. Igyekezzen szilárdan állni.
8. Vigyázzon, hogy ki tudjon menekülni.
9. Ha a fizikai beavatkozás elkerülhetetlen, előbb – ha lehet – tegye le az ékszereit, a golyóstollát és egyéb sérülést okozó tárgyakat.
10. Ha minden elővigyázatosság ellenére tettlegességre került sor, a „hogyan tovább?” nagyon fontos. Ellenőrizze, hogy nem sérült-e meg. Rendelje el a támadó kivizsgálását. Mondja el a kollégáinak, mi történt.

11. Készítsen feljegyzést minden incidensről, tájékoztassa felettesét és szükség esetén forduljon a szakszervezetéhez.

Beszéd és testbeszéd

12. Amikor problémás emberekkel foglalkozik, maradjon nyugodt, lélegezzen egyenletesen és az arca ne tükrözzön feszültséget.
13. Kerüljön minden fenyegető arckifejezést, ne mutasson senkire ujjal, ne szorítsa ökölbe a kezét – az ilyesmit könnyen értelmezik agresszióként.
14. Mozgása is legyen nyugodt, koordinált. A hektikus és hirtelen mozdulatokat fenyegetésként értelmezhetik.
15. Figyeljen, de szerényen, azaz ne szegezze tekintetét beszélgetőtársára. Figyeljen a támadókészség jeleire, mint amilyen a kiszáradt száj, tágra nyílt tekintet, szapora légzés, lüktető pulzus (a halántékon észrevehető), izzadás, merev arckifejezés.
16. Nyugodt hangnemben beszéljen. A kiabálás az ellenkezőjét váltja ki annak, amit szeretnénk.
17. Ne szakítsa félbe az agresszív személyt. Legyen megértő mindazzal szemben, amit mond. Szólítsa nevén a támadót és semmiképpen ne sértegesse.
18. A vitatkozás nem vezet semmire. Inkább próbáljon higgadtan elbeszélgetni. Tegyen fel nyitott kérdéseket.
19. Ha az illető személy meg van zavarodva vagy tanácstalan, próbálja visszaterelni a valóságba. Emlékeztesse, hogy Ön kicsoda. Szólítsa a nevén, mondja meg neki, hány óra, és hogy most éppen hol is vannak mindketten.
20. Ha utasítást ad neki, az legyen rövid, érthető és nyomatékos. Szükség esetén ismételje meg utasításait.
21. Iróniának, cinizmusnak és szarkazmusnak nincs mit keresnie ott, ahol betegápolás és gyógyítás történik. Ugyanígy nincs helye semmilyen büntetéssel való fenyegetésnek. Helyette kínáljon fel megoldási lehetőségeket.

(Forrás: Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege [Egészségügyi és népjóléti szolgáltatások szakmai társulása]: *Erőszak és agresszió a gondozói hivatásokban*, Hamburg 2007, 12–13.)

5.3.4 A gondoskodás etikája

A betegápolásban jelentkező kettős aszimmetria kiegyensúlyozására a jelenlegi ápolóetikai irodalomban előtérbe került a **gondoskodásetika** modellje. Ez az elgondolás hangsúlyozottan:

- ellenzi a gondozottak feletti gyámkodást,
- előtérbe helyezi az egyenlőséget és a szakmaiságot,
- gyógyszerellenes.

Persze tudnunk kell, hogy a latin „cura" és az angol „care" fogalma az orvosi ethoszra is vonatkozik, ahogy a régi szentencia tanúsítja: **„Medicus curat (!), natura sanat, Deus salvat"** (az orvos gondoskodik a betegről, a természet gyógyítja, Isten üdvözíti). Függetlenül attól, hogy e mondás nyomán még ma is érdemes elgondolkodni azon, hogy milyen kapcsolat van a gyógyítás és az üdvözítés között*, a szentencia arról is tanúskodik, hogy a mai terapeutikai imperatívusztól eltérően a hagyományos orvosi ethosz szerint az orvosi hivatás igazi feladata nem a gyógyítás, hanem a betegről való gondoskodás (vö. Reich 1995). Az orvostudományban mind a mai napig él a cura, care kifejezés. Így például az angol nyelvben az intenzív terápiának „intensive care" a neve. Már volt szó arról, hogy a mai orvostudomány terapeutikai imperatívuszának és a mai betegápolásban érvényes betegápolási imperatívusznak más-más célja lehet (vö. fentebb a 2.2 ponttal). **Mindenesetre a cura/gondoskodás fogalma nem fedi kellőképpen a betegápolás és a betegápolási etika sajátos arculatát.**

A gondoskodás etikájának célja, hogy ami aszimmetrikus, azt szimmetrikussá alakítsa át. A betegre nézve ez azt jelenti, hogy a betegápolás, ha csak lehet, segítsen a betegnek önmagát ellátni, és szorgalmazza, sőt követelje meg **a beteg együttműködését** (angolul: compliance).

* A németben a gyógyítás és az üdvösség egy tőről származik: Heilung és Heil.

Függetlenül attól, hogy vannak betegek, akik tartósan, sőt betegségük előrehaladtával fokozottan segítségre és ápolásra szorulnak, a gondoskodás etikájának mégiscsak az az alapkérdése, hogyan lehet összeegyeztetni a gondoskodás elvét a betegautonómia és a méltányosság (fairness) elvével.
Az utóbbi azért jelent problémát, mert a gondoskodás rendjén kialakuló kapcsolatokban ambivalens módon mindig ott van (a beteg javára történő) pártoskodás és az egyéni/külön érdek.

Kérdés az is, hogy a gondoskodásetika hagyományos modellje minden további nélkül alkalmazható-e a **betegápolásra mint hivatásra.** Az ápolás és a segítségnyújtás egyfelől mindenütt előforduló általános emberi nyilvánulás, másfelől hivatássá is alakult. Bár a betegápolói hivatás ethosza a betegápolás és a segítségnyújtás általános ethoszán alapszik, a segítségnyújtás és a gondoskodás általános módozatait nem lehet minden további nélkül a hivatásos gondozásra alkalmazni. Ilyen például az érzelmi ráhangolódás és empátia, amely a hivatásos betegápolásnál sem hiányozhat egészen (ld. fentebb), de azért mégsem jelent elegendő indoklást hozzá. A hivatásos gondozás megkövetel bizonyos **távolságtartó közelséget,** amelyben az érzelmi ráhangolódásnak önmagában nincs értéke.

Meg kell különböztetni a **gondoskodást** (caring) és az **ápolást** (nursing) (Dallmann 2003). A betegápolási etikának tisztáznia kell, hogy az ápoláshoz mennyi gondoskodás kell vagy mennyit bír el. Ha figyelembe vesszük, milyen konfliktus lehet a betegautonómia és a gondoskodás elve között, nyilván az etikailag átgondolt ápolói gyakorlat egyes esetekben mellőzheti a gondoskodást. A hivatásos betegápoláshoz tartozik, hogy etikailag indokolt formában képesek legyünk a gondoskodásban önmagunkat korlátozni.

▶ **Kérdések:**

Saját hivatali értékskálámon hol van az együttérzés és az érzelmek helye? Képes vagyok-e a betegekkel és hozzátartozóikkal szemben távolságot tartani, vagy ez gyakran nehezemre esik? Az elhatárolódással kapcsolatos problémáim mennyiben lélektani és mennyiben erkölcsi jellegűek?

5.4 A felelősség fogalma

5.4.1 A fogalom története

A felelősség fogalma az orvosi etikában általánosan használatos, s így a betegápolás etikájában is alapvető fontossága van. A betegápolásra vonatkozó hivatásjog szerint különbség van az **egyéni felelősségű** cselekvés és a **végrehajtási felelősség** között. Az utóbbi olyan intézkedésekre vonatkozik, amelyeket a felsőfokú ápolók vagy az orvosok rendeltek el. Van tehát külön ápolói és külön orvosi **rendelkezés szerinti felelősség.** Ebből kiindulva létezik egy belső összefüggés egyrészt a betegápolási és az orvosi etika, másrészt a felelősségetika között, amely magában foglalja az erénytan és az erkölcsi javak tanának egyes aspektusait (egészség, életminőség, kényelem, az ápolás minősége).

A filozófia és teológia hagyományos etikai elméletei között a felelősség fogalma a 20. század kezdetéig nem játszott különösebben szerepet. Max Weber (1864–1920) vezette be a közbeszédbe, majd az első világháború után a „felelősség" új alapfogalom lett az európai nyelvekben, és egyre inkább a „kötelesség" etikai fogalma helyére lépett. Ma a világméretű veszélyek láttán, amelyeknek az ember és a természet ki van téve, újra megnőtt a felelősség fogalmának jelentősége. Ma az emberiség fennmaradásával foglalkozó jövőorientált etika vezérelvének tekintik.

Mindenesetre érdemes lenne megvizsgálni, hogy a felelősség lehet-e alkalmas alapelv egy, a mai követelményeknek megfelelő etika számára. Több okunk is van erre. Egyrészt a felelősségetikával kapcsolatos közbeszédben ma van egy irányzat, amelyik meg akarja szabadítani a felelősség fogalmát a moralizálástól. Másrészt Kurt Bayertz

szerint kimutatható, hogy a felelősséggel kapcsolatos minden elméletnek alárendelt szerepe van az erkölcsi elméletekkel szemben, mégpedig azért, mert a felelősség fogalma mint olyan értéksemleges, tehát minden etikai felelősségelmélet olyan erkölcsi értékelést alkalmaz, amit maga nem támaszthat alá.

A fogalomfejlődés szempontjából a „megfelelni, felelősnek lenni" kifejezés és származékszavai az **igazságszolgáltatás** területéről származnak. A „megfelelni" eredetileg azt jelentette: „a törvény előtt felelni, igazolni" (latinul respondere, probare). Innen jött az „önigazolás, önmagamat igazolni" általános jelentés. A „felelősség" főnév megjelenése csak a 15. század második felétől bizonyítható. Eredetileg ebben a főnévi formában is a törvényszék előtti megfelelést, igazolást jelentette (latinul apologia, defensio), de azután az Isten ítélőszéke előtt való megigazulásra is vonatkoztatták. Később a szó egyfelől általánosságban véve a megigazulás mindenféle formáját jelentette, másfelől a felelősséget mint helyzetet.

A **jogi** és a **vallási** jelentés mellett a 20. században megjelent a felelősség fogalmának ezekből levezetett, de mégis eltérő **erkölcsi** jelentése. Meg kell különböztetni továbbá a fogalom **politikai** használatát, valamint a feladatvállaláshoz kötött **funkcionális** jelentést. Amíg ebben a két esetben erkölcsi és erkölcsön kívüli vonások is tevődnek egymásra, addig a pénzbiztosítási technikából kölcsönzött, a kockázatokért vállalt kezesség értelmében, a lehetséges műszaki kockázatok felbecsülésével kapcsolatos felelősség fogalma teljesen elszakadt az erkölcsi jelentéstől. **Amikor etikai értelemben beszélünk a felelősségetika érvényességi köréről és alapjairól, nagyon fontos különbséget tenni a felelősség egymástól eltérő fogalmai között, mert ellenkező esetben etikai tartalmuk elhomályosul, vagy pedig erkölcsileg túlterheljük a társadalom különböző ágazatai közötti kommunikációt.** Ha az ideológiai értelemben vett erkölcsiséget rávetítjük a társadalom minden területére, nem az erkölcsi öntudat általános ébredése, hanem ellenkezőleg, mindenféle etika inflációs elértéktelenedése fog bekövetkezni.

5.4.2 A felelősség mint erkölcsi fogalom

A felelősség fogalmával mint etikai szakkifejezéssel átfogó módon tudjuk meghatározni az etikai alaphelyzetet.

A kötelesség és az autonómia fogalmain tájékozódó szándéketika Kant után mindig a törvényhozó analógiájára látta az etika alanyát. Az úgynevezett **kategorikus**, azaz feltétlen és minden döntéshelyzetben érvényes **imperatívusz** első megfogalmazása így hangzik: „Cselekedj úgy, hogy akaratod maximája mindenkor egyszersmind általános törvényhozás elveként érvényesülhessen." (I. Kant, Az erkölcsök metafizikájának alapvetése). Ezzel szemben a **felelősség etikája** az igazságszolgáltató helyzeteként jellemzi az etikai alaphelyzetet. Eredetileg a „felelősség" fogalma az igazságszolgáltatás köréből származik, és azt jelenti, hogy a vádlott a törvényszék előtt felel a tettéért. Ezért a felelősség fogalma kapcsolatban van a jótállás, a **beszámítás** fogalmával (latinul imputatio). A felelősség és a jótállás gyakran szinonimaként használatos. A felelősség egyrészt magában foglalja azt, hogy a cselekvésnek van beszámítható alanya, másrészt, hogy van egy – a bíró analógiájára – a beszámíthatóságot megállapító, a konkrét cselekedetet és annak következményeit az említett alanynak beszámító fórum.

Az etikai alaphelyzet bírói vagy – tágabb értelemben – dialógushelyzetként való meghatározása felveti a kérdést, hogy ki a felelősség **alanya**, ki a **bírói fóruma** és hogy mi a felelősség **köre**, azaz tárgya és mértéke. A beszámítás fogalma ugyanakkor tisztán mutatja, hogy a felelősség minden formájában személyek közötti (interperszonális) és társadalmi konstrukció.

A felelősség mint társadalmi konstrukció akkor alakul ki, ha valakit felelősséggel ruháznak fel, ha valakit felelősségre vonnak, vagy ha kész másokért és mások ellenében felelősséget vállalni. Elvileg senki sem válik önkéntes alapon vagy egyéni döntéssel a felelősség alanyává, hanem csak felhatalmazás, azaz **beszámítás** útján. Már létrejötte előtt ott van bizonyos összefüggésekben, amelyek felelősségkapcsolattá

alakulhatnak. A felelősség fogalmának az az előnye, hogy kerüli az egyéni etika és a társadalometika helytelen szétválasztását, és ily módon számol azzal, hogy a mai világban minden cselekvés társadalmi cselekvéssé lehessen.

Egy másik előnye a felelősség fogalmának abban áll, hogy a cselekvéseink jövőre irányultságát az etikai vizsgálódás kifejezett tárgyává teszi. Ha a felelősség mint külső megítélés alá eső bírói fogalom már eleve a megtörtént cselekedetre és annak következményeire vonatkozik, mint etikai fogalom magában foglalja azt is, hogy aki felelős, a jövőben elszámolni is köteles.

A betegápoló **erkölcsi** felelősséggel tartozik nemcsak az orvosnak vagy feletteseinek, de a betegnek mint az ápolási folyamat alanyának, továbbá saját lelkiismeretének, ha pedig hívő ember, akkor Istennek is.

▶ **Kérdések:**

Kivel szemben érzek erkölcsi felelősséget a munkám végzése során? Hogyan viszonyul a jogi értelemben vett felelősségem az erkölcsi felelősségemhez? Miben érzem a személyes erkölcsi felelősséget, hol viselek közös felelősséget, illetve miben nem érzem magam felelősnek? Milyen taktikák léteznek a személyes felelősség elkerülésére, illetve annak másra való áthárítására? Éltem-e már ilyen taktikákkal? Milyen esetekben éreztem magam ilyen taktikai kísérletek áldozatának? Hogyan találom fel magamat hasonló helyzetekben? Kivel beszélhetem meg ezeket a helyzeteket őszintén?

A felelősség kifejezésben ott van a „felel" ige. Ez arra utal, hogy az ember **erkölcsi képessége** a **személyiséggel** együtt adva van. Leginkább a párbeszéd-perszonalizmus (Martin Buber, Franz Rosenzweig, Ferdinand Ebner) tudatosította azt a körülményt, hogy a személyiség csak két alany közötti („interszubjektív") párbeszédben valósul meg. A személyiség létezése tehát alapvetően hozzá van kötve a nyelvi közléshez, bár nem merül ki abban teljesen. Az ember akkor lesz Én, ha van, aki úgy szólítsa: Te. A személyes közlés viszont magában foglalja, hogy külön figyelmet igényel az, aki minket megszólít. Az odafigyelésnek vagy elismerésnek ezzel az igényével egyes esetekben nem is

törődünk vagy visszautasítjuk. Pedig a megszólítás eseményében ez is benne van, és minden esetben állásfoglalásra kényszerít minket.

> Az erkölcs arra épít, hogy a személy elismerésének igényével kapcsolatban szükségszerűen állást kell foglalnunk, mivel ez az igény az emberek közötti kommunikációval adva van.

Már abban a pillanatban az erkölcs területén járunk, amikor valaki azt kérdezi: „Miért teszed, illetve miért tetted ezt? Miért teszed ezt velem?” Vagy ha tőlem valamit követel, illetve kér.

Általánossággal megállapítható, hogy a nyelvi közléssel erkölcsi értelemben mintegy szükségszerűen adva van a felelősség, hiszen minden megszólítás választ vagy viszonzást vár, még ha ez a válasz a velem szemben támasztott igény elutasítása is. Más szóval az erkölcs a személyiségem érintettsége, az erkölcs alapja tehát a személyiség, megvalósulása pedig a személy megbecsülése.

Etikai szempontból azonban a párbeszédhez kötött felelősség fogalma nem elégséges, mert léteznek nem kölcsönösségen alapuló felelősségviszonyok is. Az erkölcsi felelősség nemcsak **másokkal szemben** valósul meg, de a **másokért** való felelősségként is.

▶ **Példák**

Ilyen, másokért való (nem kölcsönösségen alapuló) felelősségre példa a szülők felelőssége kiskorú gyerekeikért, az orvosok és ápolók felelőssége a közlésképtelen, esetleg önkívületben lévő vagy tudatzavaros betegekért. Az emberek felelősek a reájuk bízott állatokért is (háziállatokért, haszonállatokért).

Az ilyen, nem kölcsönösségen alapuló, például a kiskorú gyerekekért, nem emberi élőlényekért vállalt felelősség megköveteli a háromszoros felelősségviszony megállapítását. Az etika alanyának nemcsak önmagát kell más emberek előtt igazolnia, hanem egy harmadik fórum előtt mind a másik emberrel, mind pedig a többi élőlénnyel szembeni ma-

gatartását is. Minden felelősségetikai elgondolásnak az a legfőbb kérdése, hogy ki vagy mi legyen ez a harmadik fórum (a lelkiismeret, Isten, az emberiség, a történelem, a jövő).

▶ **Kérdések:**

Meddig terjed a betegért való felelősségem? Mennyiben felelős ő önmagáért? Milyen esetekben próbálnak a betegek a saját felelősségük alól kibújni? Melyek azok az esetek, amelyekben túlzás lenne a betegen saját felelősségét számonkérni? Mi a teendő, ha a betegápolók szerint a beteg felelőtlenül viselkedik? Milyen konfliktusok lehetnek a beteg saját felelőssége és az ápoló felelőssége között?

5.4.3 A deontológia, az erkölcsi javak tana és az erénytan a felelősségetika szempontjából

Ha a felelősségetika értelmében az ember személyiségével együtt erkölcsisége is adott, ebből kifejleszthető a felelősségnek az az általános etikai fogalma, amely szerint az erkölcs a személyes felelősség kötelessége. A felelősség kötelessége az a pont, ahol egy normatív és egy deontológiai elem kapcsolódik. Az erkölcsi alaphelyzetből nézve ezért a felelősség fogalmát először **deontológiai** szempontból kell megvizsgálnunk. Ekkor viszont fel kell vetnünk a deontológiai szabályok és kötelező előírások kérdését. Ha az ember személyisége, ahogy már kimutattuk, az erkölcsnek nem csupán alapja, hanem döntő kritériuma is, akkor az emberi jogokat úgy kell tekintenünk, mint a személyiség konkrét etikai kifejlését.

Az erkölcs és az etika nem merül ki abban, ha az érvényben lévő törvényeket betű szerint betartjuk, és az orvosok és feletteseink rendelkezését követjük.

Ahogyan erről már szó volt, a felelősség fogalma nemcsak a már megtörtént cselekedetekre vagy cselekedetsorozatokra terjed ki, hanem a

prevenció és a gondoskodási kötelesség értelmében a későbbi teendőkről való döntésre is. A felelősség egyébként értéksemleges fogalmát erkölcsi fogalomként csak úgy tudjuk tartalmilag meghatározni, ha sikerül az **erkölcsi javak tana** alá foglalni. Bizonyos mértékig fentebb már megtettük, amikor kimutattuk, hogy más személyek elismerése olyan erkölcsi kritérium, amely saját személy mivoltunkkal adva van. Ezenfelül az is kimutatható, hogy a saját jelen-létünk elismerése nemcsak mások személy voltának elismerését, hanem nem emberi életek elismerését is követeli. Ezekből a megfontolásokból kiindulva az erkölcsi javak tanának kötelessége a felelősségteljes megelőzés és gondoskodás feladatait megfogalmazni.

Végül fontos lenne különbséget kell tenni az odaítélés, beszámítás útján kapott felelősség között és a felelős helyzet között. Franz-Xaver Kaufmann nyomán úgy határozhatjuk meg a felelősséget, mint „egy köteg személyes képességet", pontosabban mint kognitív, erkölcsi és kommunikációs képességek kapcsolatát, amelyek külön-külön szükségesek ugyan, de csak együtt jelentenek kielégítő feltételeket a felelős cselekvéshez. Más szóval az etikai felelősség fogalmának kialakításához az **erénytan** megfogalmazására is szükség van. Ez a tanítás cselekedeteinknek nemcsak az értelmi, hanem az érzelmi feltételeit is keresi. Mert ha pusztán kötelességből gyakoroljuk, még nem indokolja azt, hogy önként is felelősséget vállaljunk. Ebben az összefüggésben érdemes elgondolkodni a **felelősség és a szeretet közti kapcsolaton**, amely viszont minden erkölcsöt transzcendál, mert szeretetet sem követelni, sem kényszeríteni nem lehet.

5.5 Az ethosz kutatása és a betegápolás története

Az etika feladata nemcsak az, hogy az etikai ítéletalkotás elveit, feltételeit és szabályait vizsgálja, hanem a minden etika alapját képező ethoszt és annak történetét is elemezze. A segítségnyújtás és a gondoskodás ethosza is olyan történelmi fejlődésen ment keresztül, amely szorosan összefügg **az orvostudomány és a betegápolás történetével.** Ezért az úgynevezett **ethoszkutatásnak** fontos részét képezi az **etika** társadalmi és kulturális hátterű **történelmének** kutatása. Ez a kutatás magában foglalja a saját hivatás helyzetével vagy a saját

hivatásunk történetének kiváló személyiségeivel kapcsolatban gyártott klisék és ellenőrizetlen mítoszok kritikai vizsgálatát. Az etikai véleményformálódáshoz elkerülhetetlen az orvostudomány és a betegápolás történetének sötét fejezeteivel való szembenézés. A közelmúlt történetéből példaként említhető a nemzetiszocializmus időszaka.

5.6 Kultúrák közötti és kultúrák feletti betegápolás

5.6.1 Betegápolás a multikulturális társadalomban

Ma az orvostudománynak és a betegápolásnak sokszínű kulturális és vallási helyzettel kell szembenéznie.

▶ **Példák**

A következő témák részben nagyon különböző kulturális és vallási szempontból vizsgálhatók:

- Test, lélek és szellem (példa erre a nyugati személyfogalom – szemben az ázsiai vallások emberképével)
- Ember és természet (mikrokozmosz/makrokozmosz)
- Betegség, egészség, fogyatékosság – és ezek oka (különösen a pszichikai betegségek esetében)
- Nyugati „hagyományos orvoslás”, „alternatív” gyógyászat, „kiegészítő” orvoslás, hagyományos népi gyógyászat (pl. sámánizmus, hagyományos kínai orvoslás), ezoterika
- Táplálkozás (kóser ételek a zsidóságban, vegetáriánus életmód)
- Haldoklás és halál (halállal és gyásszal kapcsolatos eltérő szertartások)
- Szexualitás, terhesség, terhességmegszakítás és szülés
- A nemek közötti viszony
- Egyén és közösség
- A család szerepe (például a család- vagy nemzetségfő szerepe orvosi döntéseknél)

Az eltérő szemléletmódok szükségessé teszik az interkulturális, illetve multikulturális betegápolást (vö. Alban/Leininger/Reynolds 2000). A betegápolás a multikulturális társadalomban nemcsak más kultúrák és vallások tiszteletben tartását feltételezi, hanem egy magas szintű

hermeneutikai hozzáértést is. A hermeneutika az értelmezés tudománya, amely már a nyelv, illetve az idegen nyelvek problémájával kezdődik. Hiszen már anyanyelvünkön tapasztaljuk, hogy ha két ember ugyanazt mondja, nem biztos, hogy ugyanazt gondolja. Ilyen félreértések hangsúlyosabban érvényesek a fordításban.

A különböző nyelvek különböző életformákat és világokat képviselnek. Sokféle életmód és életstílus, erkölcsi magatartás létezik nemcsak különböző kultúrák között, hanem ugyanazon kultúrán belül is. Erkölcsi döntés meghozatala előtt meg kell próbálnunk a másik embert, esetünkben a beteget **megérteni,** valamint azt is, milyen társadalmi és kulturális hatások alatt áll (ez a **kulturálisan érzékeny** betegápolás). Kérdés, hogyan alakítsuk az ő elképzelésvilágába illő optimális terápiát és gondozást anélkül, hogy saját orvostudományi és betegápolási felfogásunk premisszáit megtagadnánk. Az **interkulturális betegápolás** célja, hogy figyelembe vegye a kultúrán belüli és kultúrák közti sokféleséget.

▶ **Kérdések:**

Milyen példákra emlékszem az interkulturális betegápolás nehézségeivel kapcsolatban? Milyen konfliktusaim voltak? Hogyan oldódtak meg ezek? Milyen mértékben legyünk toleránsak más kultúrákkal és hagyományokkal szemben? Hol van számomra a tolerancia határa?

Akárcsak az általános betegápolás, az interkulturális betegápolás is figyelembe veszi a gondozottak vallási és lelki szükségleteit. A kulturálisan érzékeny ápolás egyben **vallásilag érzékeny** ápolás. A betegeknek és a hozzátartozóiknak egyes esetekben nemcsak pszichológiai, lelkigondozói segítségre is szükségük van. A hatékony ápoláshoz tartozik a kórházlelkészekkel – és nemcsak a keresztyén egyházak, hanem más vallások képviselőivel – való együttműködés. A gyógyulásnak és az egészségnek köze van a vallási értelemben vett üdvösséghez még akkor is, ha az ápolók ebben a kérdésben nem illetékesek. A jó ápoláshoz a beteg vallási szükségleteinek a kielégítése is hozzátartozik.

Vallások és keresztyén egyházak Ausztriában[1] (A 2001-es népszámlálás adatai)			
Vallás	Összlétszám	Osztrák állampolgár	Külföldiek
AUSZTRIA (teljes)	**8.032.926**	**7.322.000**	**710.926**
1. Katolikusok	**5.917.274**	**5.754.672**	**162.602**
római katolikus*	5.915.421	5.753.617	161.804
görögkatolikus*	1.089	660	429
örmény katolikus*	266	137	129
bolgár katolikus	5	5	-
román katolikus	20	10	10
orosz katolikus	8	1	7
szír katolikus	283	170	113
ukrán katolikus	23	18	5
egyesültek (egyéb indikáció nélül)	159	54	105
2. Keleti egyházak	**179.472**	**43.450**	**136.022**
2.1. görögkeleti (ortodox)	*174.385*	*39.836*	*134.549*
ortodox (külön megjelölés nélkül, beleértve az autokefál egyházakat)*	74.253	13.233	61.020
görög ortodox	18.533	7.066	11.467
bolgár ortodox	1.135	457	678
román ortodox	2.819	1.064	1.755
orosz ortodox	3.340	1.029	2.311
szerb ortodox	74.198	16.976	57.222
ukrán ortodox	107	11	96
2.2. óhitű keleti	*5.087*	*3.614*	*1.473*
szír ortodox*	1.589	1.400	189
kopt ortodox**	1.633	1.181	452
örmény ortodox*	1.824	1.020	804
etióp ortodox	41	13	28
3. Protestáns	**376.150**	**343.656**	**32.494**
evangélikus (további indikáció nélkül)	2.128	547	26.516
ágostai hitvallású evangélikus*	354.559	328.043	26.516
helvét hitvallású evangélikus*	19.463	15.066	4.397

[1] A 2001-es ausztriai népszámlálás, illetve a fordítás alapjául szolgáló kötet első, 2011-es kiadása alapján.

Vallások és keresztyén egyházak Ausztriában (A 2001-es népszámlálás adatai)			
Vallás	Összlétszám	Osztrák állampolgár	Külföldiek
4. Más keresztyén egyházak és közösségek	69.227	57.939	11.288
4.1. az ökumenikus tanácsban képviseltek	*18.201*	*15.176*	*3.025*
ókatolikus*	14.621	13.451	1.170
anglikán	2.317	808	1.509
metodista*	1.263	917	346
4.2. más keresztyén közösségek	*51.026*	*42.763*	*8.263*
baptista**	2.108	1.243	865
evangelikál**	4.892	3.839	1.053
szabadkeresztyén/pünkösdi közösségek**	7.186	5.061	2.125
mennonita**	381	341	40
hetednapi adventista**	4.220	3.361	859
vallási megújulás mozgalma**	1.152	915	237
Jehova tanúi**	23.206	21.558	1.648
új apostoli egyház	4.217	3.874	343
utolsó napok szentjeinek Jézus Krisztus egyháza (mormon)	2.236	1.982	254
más keresztyén jellegű közösségek	1.428	589	839
5. Nem keresztyén közösségek	**366.878**	**113.246**	**253.632**
izraelita*	8.140	6.112	2.028
iszlám*	338.988	96.052	242.936
buddhista*	10.402	5.774	4.628
bahái**	760	627	133
hindu**	3.629	1.789	1.840
szikh	2.794	1.412	1.382
sintoista	123	15	108
egyesítő egyház	297	256	41
más vallási közösségek	1.745	1.209	536
6. Vallási közösséghez, felekezethez nem tartozó; nincs válasz	**1.123.925**	**1.009.037**	**114.888**
vallási közösséghez, felekezethez nem tartozó	963.263	883.979	79.284
nincs válasz	160.662	125.058	35.604
* törvény által elismert egyházak, felekezetek ** regisztrált vallási közösségek			

Vallások és keresztyén egyházak Ausztriában[2] (Forrás: Handbuch Religionen in Österreich 2014, valamint a 2001-es népszámlálás adatai. Azóta népszámlálások alkalmával már nem lehet adatot felvenni a vallási hovatartozás tekintetében)	
AUSZTRIA összesen (népesség; 2016. 01. 01-i állapot)	8.699.730
római katolikus[*]	5.403.777
görögkatolikus[*]	1.089
örmény katolikus[*]	266
bolgár katolikus	5
román katolikus	20
orosz katolikus	8
szír katolikus	283
ukrán katolikus	23
egyesült (közelebbi indikáció nélkül)	159
ókatolikus	18.000
görög ortodox[*]	49.000
bolgár ortodox	35.000
román ortodox	20.000
orosz ortodox	3.340
szerb ortodox	100.000
ukrán ortodox	107
szír ortodox[*]	5.000
kopt ortodox[**]	10.000
örmény apostoli	7.000
etióp ortodox	41
evangélikus (további adat nélkül)	2.128
evangélikus (ágostai hitvallású)[*]	312.000
evangélikus (helvét hitvallású)[*]	14.000
metodista[*]	1.300
anglikán	2.317
baptista[*]	1.800
evangélikál[*]	4.892
szabadkeresztyén/pünkösdi gyülekezet[*]	7.186
mennonita[*]	381

[2] Az eredeti mű 2017-ben megjelent 3. kiadása alapján.

Vallások és keresztyén egyházak Ausztriában (Forrás: Handbuch Religionen in Österreich 2014, valamint a 2001-es népszámlálás adatai. Azóta népszámlálások alkalmával már nem lehet adatot felvenni a vallási hovatartozás tekintetében)	
hetednapi adventista**	4.220
vallási megújulás mozgalma**	1.152
Jehova tanúi*	20.923
újapostoli egyház*	5.200
utolsó napok szentjeinek Jézus Krisztus egyháza (mormon)*	4.200
más keresztyén jellegű felekezetek	1.428
izraelita*	7.700 a kultuszközösségek által regisztrált és kb. 4000--5000 nem regisztrált személy
iszlám*	500.000
alevita*	80.000
buddhista*	10.402
bahái**	760
hindu**	3.629
szikh	2.794
sintoista	123
egyesítő egyház	297
egyéb vallásközösségek	1.745
vallási közösséghez, felekezethez nem tartozó	963.263
nincs válasz	160.662
* törvény által elismert egyházak, felekezetek ** regisztrált vallási közösségek	

A sikeres betegápolás egyik előfeltétele, hogy igyekezzünk a kultúrák kölcsönös megértését és kommunikációját elősegíteni. Másrészt azzal a meggyőződéssel végezzük az ápolást, hogy vannak olyan **(transzkulturális)** erkölcsi alapvonások, amelyek minden kulturális határon átívelnek. Ilyen értelemben kell olvasnunk az Uzarewicz/Pietochotta szerzőpáros megfogalmazását: „A transzkulturális betegápolás arra vonatkozik, ami az ápolói munkában minden kulturális határon túl

alapvetően közös és lényeges, nem utolsósorban azért is, hogy meg lehessen állapítani, mit jelent tulajdonképpen (ismeretelméleti szempontból) a betegápolás” (1997, 7.).

Erre vonatkozóan nemcsak az ápoló és a beteg között kell egyetértésnek lennie, hanem az orvosok és az ápolószemélyzet között is. Az orvosi és az ápolószemélyzet sok kórházban nemzetiségi, kulturális és vallási szempontból vegyes összetételű. A Bécsi Közkórházban például (a 2003. május 31-iki adatok szerint) az ápolók 28 különböző európai és nem európai (Ausztrália, Egyesült Államok, Fülöp-szigetek, Kína, Koreai Köztársaság, Dél-Afrika, India) országból származnak. Az alkalmazottakat nem származási országuk szerint, hanem jelenlegi állampolgárságuk szerint tartják nyilván. (Köszönöm ezeket az adatokat a Bécsi Közkórház ápolási igazgatóságának.) Ezért a közös cselekvés etikai alapjait interkulturális és transzkulturális módon kell tisztázni.

Ugyanígy kell a gondoskodásetikának és a segítségnyújtás etikájának (ld. fent az 5.3 pontnál!) is transzkulturális és interkulturális jellegűnek lennie, hiszen a segítségnyújtás és a gondoskodás konkrét ethosza is mindig sajátos kulturális és vallási formában nyilvánul meg.

5.6.2 Transzkulturális betegápolás, természetjog és emberi jogok

A rászorultság és a segítőkészség általános emberi jelensége, a minden kultúrában fellelhető aranyszabály („Amit nem szeretnél, hogy az emberek veled tegyenek, te se tedd velük”, vagy pozitív megfogalmazásban „Amit csak szeretnétek, hogy az emberek tegyenek veletek, mindenben ugyanúgy tegyetek ti is velük”) és az úgynevezett természetjog hagyománya mellett az emberi jogok modern eszméjének alapvető fontossága van a transzkulturális betegápolásban.

Az emberi jogok **természetjogi megalapozásánál** a jog és az erkölcs egymásra tevődik. A görög filozófiából származó természetjogi

gondolkodás köztudottan bekerült a keresztyénségbe is, és az arisztotelészi hagyomány által mind a római katolikus, mind a protestáns etikára nagy hatást gyakorolt. Akárcsak az emberi jogok esetében, a természetjog fogalmánál is felmerül a kérdés, hogy van-e jogi érvénye az eleve megállapított (axióma- vagy vélelemszerű) jognak. Amíg a keresztyén hagyomány a természetjogot a teremtő Isten akaratához köti, s így isteni törvényalkotás eredményének tekinti, addig a felvilágosodás természetjogi gondolkodása szerint egyedül az emberi ész lehet a természetjog transzcendentális alapja. Ennek a hangsúlyeltolódásnak az lett a következménye, hogy a természetjog a bárki által megismerhető és elismerhető isteni rendelésből az emberek közötti konvenció rangjára fokozódott le. Jogtudományi szempontból a természetjog kétségkívül nem jogi norma, hanem pusztán etikai posztulátum.

Nemcsak a természetjogi gondolkodás mögött húzódó jogfogalom problematikus, hanem a kifejezésben rejlő **természet fogalma** is. A hagyományos természetjog ontológiai, illetve metafizikai természetfogalommal érvel, amely mindent, ami a világon van, teremtett, tehát változhatatlan rendnek tart. A természetnek ez a fogalma viszont nem tartható sem az újkori történelemtudattal, sem a modern természettudományokkal szemben. A természetnek, mint egy a jövő felé nyitott, teleológiailag nem határolt evolúció jelenlegi állapotának már az emberen kívüli területei is állandó változásnak vannak kitéve. A jelenlegi állapot teológiailag nyitott és meghatározatlan fejlődése révén előrevetít az emberfeletti vonatkozás szerint egy folyamatos változást. Az ember világában viszont sohasem látjuk a természetet természetként, hanem csak a kultúra átalakított, azaz a történelem által korlátozott formájában.

Akárcsak az emberi méltóság gondolata, az egyetemesen érvényes ész is szabályozó eszme lett. Amennyire bizonyos, hogy minden észérv gyakorlatba ültetése társadalmi és kulturális határokba ütközik és függ az előzetesen megállapított szabályoktól, kulturális és erkölcsi hagyományoktól, ugyanannyira kell gyakorlati megfontolásokból az ész transzcendens jellegéhez ragaszkodnunk. **Mert az emberek és a kultúrák radikális különbözőségének ellenkezőjét állítani, ahogy azt a multikulturális eszme posztmodern teoretikusai teszik, azt**

jelentené, hogy vége minden olyan párbeszédnek, amely kendőzetlen megismerésre és konszenzusra törekedett. Az ilyen állítás nemcsak „a gondolkodás vereségét” (Alain Finkielkraut) jelenti, hanem ahogy az elmúlt években tapasztalni lehetett, vele a politikai gyakorlatban az emberi jogok megsértését és nem demokratikus államformákat mentegetni is lehet.

Persze az emberi jogok sem statikus, mereven rögzített szabályok, **folyamatosan értelmezni és alkalmazni** kell őket. Ahogy például az emberi jogok kezdeti szakaszában a vallásszabadságot nem ismerték el mindenütt egyöntetűen, kezdetben az emberi jogok szűk területen érvényesültek. Az amerikai Bill of Rights (1791-es Jognyilatkozat) nem vonatkozott a vagyontalanokra és a rabszolgákra. Nem mindig láttak ellentmondást abban, ha valaki kiállt az emberi jogokért, de ugyanakkor elfogadta a jobbágyságot és a rabszolgaságot. A nőknek a férfiakkal egyenlő elbírálására is sokáig kellett várni – gondoljunk csak a nők szavazati jogára –, és még mind a mai napig nem valósult meg teljesen.

Az emberi jogok létrejöttének nem egyszerű története azt mutatja, hogy bár az emberi jogok a keresztyénség hatására születtek meg, rendszeres szempontból, a keresztyénségtől függetlenül **további indoklásra nyitottak is, rá is szorulnak.** Ha az emberi jogokat minél szélesebb körben kívánjuk elfogadtatni, nemcsak politikai erőfeszítésekre van szükség, hanem kultúrák és vallások közötti etikai párbeszédre is.

Mindenesetre a kultúrák és vallások közötti világethosznak az az eszméje, amelyet Hans Küng római katolikus teológus propagál (Küng 1990), meglehetősen problematikus. Már eleve kérdéses, hogy létezhet-e egy világvallási alapokra épülő ethosz. Küng próbálkozása, amellyel a különböző vallások etikáját néhány alapvető szabályra vezeti vissza, nem számol sem a meglévő világnézeti és etikai különbözőségekkel, sem a nagyon bonyolult globális problémákkal és társadalmi konfliktusokkal. A vallások és kultúrák közötti párbeszédben továbbvezető gondolat az **„egymást fedő konszenzus”** (angolul: overlapping consensus, R. Rorty, J. Rawls), amelyben egyik oldalon sincsenek adottságok, hanem mindent a párbeszéd során kell „kialkudni”.

Ezért távlatosabb a transzkulturális betegápolás is, mert egy etikai konfliktus esetén megbeszélés útján kereshető a minden résztvevő számára elfogadható megoldás.

5.7 Összefoglalás

A betegápolási etikájának alapját ma már azok az elgondolások képezik, amelyeket a gondoskodás (care) etikájában találunk. Emberségünknek alapvető nyilvánulásai a rászorultság és a segítőkészség. Természetesen továbbra is különbség van a gondozás és az ápolás mint hivatásként folytatott tevékenység között. Erre a különbségre a betegápolás etikájának is figyelnie kell.

A betegápolást kettős aszimmetria jellemzi, mégpedig az ápoló és a gondozott közötti, valamint az ápolók és az orvosok közötti aszimmetria. Ebben a feszültségmezőben kell körvonalazni a betegápolók konkrét etikai felelősségét. A betegápolás etikája a felelősségetika egyik formája. Az ápolói hivatás a maga kettős aszimmetriájában szembesül a hatalom kérdésével, kétféle hatalommal: azzal, amelyik a rászoruló beteget önállósága visszaszerzéséhez akarja segíteni, illetve azzal, amelyik kényszerít és függőségben hagy. A hivatásos betegápolónak képesnek kell lennie arra, hogy gondoskodásában etikailag indokolható módon korlátozza önmagát.

Manapság a betegápolás többkultúrájú és sokvallású környezetben történik. A transzkulturális és multikulturális beteggondozás elméletei tekintettel vannak a betegségről és egészségről vallott, eltérő szociális és kulturális felfogásokra. Van ezen kívül interkulturális ápolás is, amely tudomásul veszi a kultúrák közötti és az egy kultúrán belüli sokféleséget. Az eredményes betegápolás előfeltétele, hogy a kultúrák és vallások iránti érzékenységgel keressük a kultúrák közötti kölcsönös megértést. Ez pedig abból a feltevésből indul ki, hogy létezik a kultúrákon átívelő erkölcsi alapmeggyőződés. Erről szól minden transzkulturális betegápolásról szóló elgondolás, amelyeknek az alapján viszont ott állnak az egyetemes emberi jogok.

5.8 Irodalom

Alban, S./Leininger, M. M./Reynolds, Ch. L.: Multikulturelle Pflege. Urban & Fischer, München 2001.

Arend, A. van der/Gastmans, Chr.: Ethik für Pflegende. Verlag Hans Huber, Bern 1996.

Arndt, M.: Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1996.

Bäslack, A.: Sexuelle Gewalt in der Pflege. Eine Literaturuntersuchung zu Erfahrungen sexueller und sexualisierter Gewalt von Patientinnen/ Bewohnerinnen sowie Pflegerinnen in Krankenhäusern und Seniorinnenheimen. Grin, München/ Ravensburg 2007.

Bayertz, K. (szerk.): Verantwortung: Prinzip oder Problem? Wissentschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1995.

Berufsgenossenschaft für Gesundheistdienst und Wohlfahrtspflege: Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen (szerzők: A. Boldt/A. Zeh), Hamburg 2007.

Biller-Andorno, N.: Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik. Peter Lang, Frankfurt a.M./New York 2001.

Dallmann, H.-U.: Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47 (2003), 6–20.

Domenig, D.: Professionelle und transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber, Bern 2001.

Gilligan, C.: Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau. Piper Verlag. München/Zürich 1999.

Hähner-Rombach, S.: (szerk.) Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 2008.

Handbuch Religionen in Österreich, hg. v. Bundeskanzleramt u. Bundespressedienst, Wien 2014.

Kemetmüller, E./Fürstler, G. (szerk.): Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Facultas, Wien 2013.

Körtner, U./Müller, S./Kletečka-Pulker, M./Inthorn, J. (szerk.): Spiritualität, Religionund Kultur am Krankenbett (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 3). Springer, Wien/New York 2009.

Körtner, U./Virt, G./Engelhardt, D. von/Haslinger, F. (szerk.): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn [2]2009.

Panke-Kochinke, B.: Gewalt gegen Pflegekräfte. Problematische Situationen erkennen und lösen. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M. 2008.

Rosenberg. M. B.: Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens. Junfermann, Paderborn [6]2009.

Schirmer, U./Mayer, M./Martin, V./Vaclav, J./Gaschler, F./Özköylü, S.: Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2006.

Weber, M.: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie hg. v. J. Winckelmann. Mohr Siebeck, Tübingen [5]1972, reprint 2002.

6 ETIKAI ELVEK ÉS ÁPOLÁSETIKAI KOMPETENCIA

Hogyan jutunk el az etikai elvektől az etikus ápolói hozzáállás konkrét szintjéig? Melyek az alapvető elvek az ápolásetikában? Hogyan sajátítható el a konkrét döntéshelyzetek helyes megoldásához szükséges ápolásetikai kompetencia? Jelen fejezet az ápolásetikai kompetencia elveiről és fokozatairól nyújt tájékoztatást.

6.1 Az ápolásetikai és orvosetikai kérdések szintjei

Jelen könyv tárgyát az ápolásetika képezi. Az ápolásetikai és orvosetikai kérdések viszont a gyakorlatban fedik egymást. Amelung szerint (1992), az orvosetikai ítéletalkotásnál három szint különböztethető meg, amelyek a betegápolás sajátos kérdéseire is alkalmazhatók:

- **Személyi szint: a kölcsönös értekezés és érintkezés szintje** (a közvetlen diagnosztikai, terápiás és ápolási kapcsolat)
- **Strukturális szint: az intézmények szintje** (egészségügy, egészségügyi politika, az egészség és a betegség szociális tényezői, orvosi/egészségügyi gazdaságtudomány)
- **Kulturális szint: a hozzáállás és az értékelő magatartás szintje** (az egészség és a betegség egyéni és általános felfogása, tényleges egészségügyi magatartás).

Személyi szinten többek között figyelembe kell venni, milyen összefüggés van az egészség, illetve a betegség és a beteg élettörténete között (vö. a Ritschl story-elméletével, Ritschl 1986 és 2004). Kérdés az is, hogy mi a jelentősége vagy mi az értelme az orvosi intézkedéseknek, illetve ezek elmaradásának az érintett beteg életére vonatkozóan.

Strukturális szinten az látható, hogy az egészség és a betegség, a gyógyítás és a betegség leküzdése az egészségügyi ellátás rendszerétől

függ. Itt alapvető etikai kérdés az igazságos elosztás (a javadalmazás kérdése egyéni és intézményi szinten) és a kötelező részesedés a közös szolidaritás és kockázatvállalás értelmében a biztonsági és biztosítási rendszerben. Az egészség nem csupán az egyéni, hanem a társadalmi jövőnek is záloga. Minden rendszerfüggő zavar (megoldatlan kérdés) többek között azért keletkezik, mert nem lehet összeegyeztetni a racionális egyéni döntéseket a rendszer egészének irracionális működésével.

Kulturális szinten az adott társadalomban elfogadott alapértékeket és szabályokat kell szem előtt tartani. Ugyanitt kell tárgyalni az **interkulturális és transzkulturális ápolás** kérdéseit is (vö. fentebb az 5.5 ponttal). A nyugati hagyományban a transzkulturális értékek között első az **emberi jogok** gondolata, amelynek alapfeltétele az **emberi méltóság.** Az emberi méltóság és az emberi jogok napjainkban egyetemesen érvényre jutottak (az 1948. évi emberi jogok egyetemes nyilatkozata). A zsidóság és a keresztyénség az ember méltóságát az **istenképűségből** eredezteti, amely az embert *feltétel nélkül*, azaz testi-lelki állapotától függetlenül megilleti. Az iszlám is elfogadja az emberi jogokat, de az iszlám erkölcsi törvénye, a saría keretében értelmezi őket, s ebből származnak a nyugati emberjogi felfogással szembeni konfliktusok.

6.2 A betegápolói etika és az orvosetika alapelvei és alapszabályai

6.2.1 Kulturális normák és értékek

Mind az ápolásetika, mind az orvosetika a maga sajátos módján tartja szem előtt a beteget és annak szükségleteit. De alapelveik és általános szabályaik tekintetében megegyeznek. **Kultúrkörünkben** az orvosetika is, a betegápolói etika is az alábbi **normákat és értékeket** tartja fontosnak:

- Az emberi élet önmagában jó.
- Az emberek igénylik az emberhez méltó életet.
- A fájdalmat enyhíteni kell.
- A gyengéken segíteni kell.
- Mindnyájunknak jobb, ha jobb az életünk.
- A baleseteket kerülni kell.
- Élni és túlélni csak együtt tudunk.

Az utolsóként említett szabály különös jelentőséggel bír a **felelősségetika** keretében: a más emberekre néző erkölcsi cselekvés – például az orvoslás vagy a betegápolás – célja nem az önző módon felfogott önmegvalósítás, hanem hogy másoknak biztosítson felelős, az önrendelkezésük keretén belül erkölcsileg vállalható emberi létet.

6.2.2 A betegápolási etika és az orvosi etika négy alapelve

A betegápolói etika az orvosi etikában is ismert négy alapelvet fogalmaz meg:

1. **Az autonómia elve**
   A beteg, az orvos és az ápoló autonómiájára egyaránt vonatkozó elvből ered a külső befolyásolás nélküli orvosi tanácsadás szabálya, a kötelező tájékoztatás szabálya (informed consent) és a kezelés elutasítása tiszteletben tartás szabálya. (Az autonómia természetesen más, mint az önkény: az autonómia, ahogy I. Kant is rámutatott, erkölcsi indíttatású, a lelkiismeret és a felelősségtudat elkötelezettje.)
2. **A jól-lét elve**
   (vö. a latin maximával: Salus aegroti suprema lex = A beteg jóléte a legfőbb törvény)
3. **A kárt nem okozás elve**
   (vö. a latin kifejezéssel: nil nocere = semmit nem ártani)
4. **Az igazságosság elve**
   (az egyenlőség alapelve, valamint a J. Rawls-féle tisztességelv értelmében)

(T. L. Beauchamp/J. F. Childress, Principles of Biomedical Ethics, New York/Oxford [4]1994 alpján)

A „jól-lét” és a „kárt nem okozás” elve együttesen teszi a **gondoskodás elvét** (vö. fentebb a 5.3 ponttal).

Beauchamps és Childress főként az Egyesült Államokban elterjedt felfogását „ragaszkodás az elvekhez” (angolul: **principlism**) néven ismerik. Ők azt állítják, hogy ezek a felsorolt elsőrendű elvek nem függenek

semmilyen fölérendelt etikai elmélettől, és ezeket a különböző kulturális és vallási hagyományok egyformán el tudják fogadni. A négy alapelvet másodrendű elvek egészítik ki. Ide tartozik az őszinteség/becsületesség, a titoktartási kötelezettség, valamint a magánélet és az intimitás védelme. Ehhez járul a hivatással kapcsolatos erényetika, amely alapvető mintákat és hozzáállásokat fogalmaz meg (vö. fentebb az 5.1 ponttal).

Első látásra könnyű lenne a különböző ethoszok elválasztó határai fölött ebben a négy alapelvben megegyezni. A „principlism" bírálói (vö. Pöltner 2006, 44–45.) azt kifogásolják, hogy a négy elv közötti belső összefüggés laza. Ez a felfogás ugyanis nem rendelkezik a saját alapelveit rangsoroló, konfliktus esetén használható kritériummal, tehát konkrét egyéni döntéshozásban nem használható. Etikai konfliktus esetén így éppen azok a különböző etikai hagyományok és elméletek közötti viták támadhatnak fel újra, amelyeket a „principlism" ki szeretett volna küszöbölni. Ráadásul azt a látszatot is kelti, mintha az általa alkalmazott alapelveket nem volna szükséges elméletileg még jobban megalapozni. Ebben az esetben ezek az elvek nem jelentenének többet az uralkodó erkölcs összefoglalásánál. Viszont az etikának mint az erkölcs önvizsgálata elméletének az a feladata, hogy az uralkodó erkölcsöt bírálja, azaz normatív ellenőrzésnek vesse alá.

Az „elvekhez ragaszkodás" az alkalmazott etika kiváló példája. Jelen könyv viszont a **betegápolási etikának egy olyan szakterületi felfogását képviseli**, amely szerint az etikai elvek és az egyes konkrét esetek között egymást kölcsönösen alátámasztó viszony van. Vagyis a szakterületi etika nem csupán fentről lefele érvel, hanem lentről felfele is, és megpróbálja az elveket és a konkrét etikai helyzetet **reflektáló egyensúlyba** (J. Rawls, N. Daniels) hozni. Mindenesetre ebben a keretben az elsőrendű elveknek – ahogy Beauchamps és Childress nevezi őket – van bizonyos helyzeti értékük, mert a konkrét helyzetben az ítéletalkotáshoz szükséges, etikailag releváns szempontok felé irányítják az érzékelő ember figyelmét, és arra ösztönzik, hogy gondolkodjon el a cselekvés lehetséges alternatíváin.

▶ **Kérdések:**

Emlékszem-e olyan konkrét esetre, amikor az alapelvek között etikai konfliktus támadt? Hogyan oldódott meg a konfliktus? Milyen szempontok szerint döntöttek? Ki döntött? Kellőképpen megindokolták-e a döntést más résztvevők számára? Meg voltam-e elégedve a döntéssel ebben a konkrét esetben?

6.2.3 Igazságosság az ápolásban és az orvoslásban

Az „elvekhez ragaszkodás” azért jelent problémát, mert az elvek eltérően értelmezhetők, úgyhogy reájuk hivatkozva nemhogy megoldódnának az etikai konfliktusok, hanem hellyel-közzel újak támadnak. Mindezt az igazságosságelv példáján lehet szemléltetni. A filozófiai hagyomány megkülönbözteti az **elosztó igazságosság** (iustitia distributiva), a **kiegyenlítő igazságosság** (iustitia commutativa), valamint az **eljárási igazságosság** (iustitia legalis) elveit. Az újabb kori fejlődésre jellemző a jog és az erkölcs szétválása. A kettőt J. Rawls a maga igazságosságelméletében próbálja újra egyesíteni. A társadalmi szerződés eszméjének bevezetésével Rawls az igazságosságot korrektségnek/méltányosságnak (angolul: **fairness**) nevezi. Ez egyrészt mindenki számára azonos jogokat és kötelességeket feltételez, másrészt a közösség javára, de főként a hátrányos helyzetűek érdekében engedélyezi az egyenlőtlenséget.

Így azért felvetődik a kérdés, hogy az ápolás és az orvoslás melyik igazságosságfogalomhoz igazodjon. A válasz elsősorban attól függ, hogyan értjük az **egészséget mint jót**. Ez viszont már az **erkölcsi javak etikájához** tartozó kérdés (vö. fentebb az 1.4 ponttal). Mert csak így válik érthetővé, miként lehet és miért kell az egészségről és az egészségügy teljesítményeiről (az egyéni és társadalmi szintű) szűkösség és igazságosság szempontja alatt tárgyalni. Vitatható persze, hogy milyen természetű erkölcsi javakról beszélünk, és hogy az anyagi forrásoknak az egészségügyben jelentkező szűkösségével kapcsolatban milyen igazságosságfogalmat kell alkalmaznunk.

Lehet-e az egészségügyet piacgazdasági szabályok szerint szervezni?

A **gazdasági** javak elmélete megkülönbözteti a magánjavakat, a közösségi javakat és a transzcendentális javakat. A magánjavakért az egyén felelős, a közösségi javakért pedig csak a közösség. Transzcendentálisnak nevezzük az olyan javakat, mint a test, az élet, amelyek a közösségi javak és a magánjavak előfeltételét képezik. Hagyományosan az egészséget is a transzcendentális javak közé sorolják. Viszont az egészség kimutathatóan változó érték, amely ráadásul nem is természeti adottság, hanem – legalábbis részben – munkamegosztáson alapuló együttműködés és az osztó igazságosság eredménye. Olyan, javakból álló „kötegről" van szó, mint amilyen az oktatás vagy a biztonság (Stierle 1999).

Felvetődik a kérdés, mennyire piacképesek vagy nem ezek a „transzcendentális" javak, és hogy a kérdésre adott különböző válaszokból milyen orvosetikai következtetések vonhatók le. Ottfried Höffe filozófus azt állítja, hogy „az egészség különlegesen jó, és mint olyan, nem tartozik egészen sem a magánjavak, sem a közösségi javak közé, de a testtől és az élettől eltérően nincs teljes mértékben transzcendentális jellege sem" (Höffe 2000, 97.). Höffe amellett érvel, hogy az egészségügyi közgazdaságtanban szemléletváltásra van szükség, az osztó igazságosságtól a kölcsönös igazságosság felé. Érvelése szerint az egészségügyi politikát „Platón szellemében" kell űzni, azaz a józanság erénye szellemében, amely „a még alaposabb megelőzést és a megfelelő életvitelt összehangolja a teljesítmény szigorú korlátozásával" (Höffe 2000, 92.).

Höffe konkrétan azt követeli, hogy az egészségügyben még több hangsúlyt kapjon az egyéni felelősség elve és alakítsanak ki egy négylépcsős egészségbiztosítási rendszert a piaci túlkínálathoz igazodó, túlzó orvosi ellátás miatt támadt költségnövekedés visszaszorítása érdekében. A modell első lépcsője a közegészségügy, amelyhez a járványok megelőzése és leküz-

dése, az iskolai egészségvédelem és az anyasági tanácsadás tartozik. A második lépcső az egyéni egészségügyi alapellátás, amelyet az állam kötelező biztosításból tart fenn. A harmadik lépcső egy személyes, nem kötelező betegbiztosítás létrehozása törvényes biztosítási kötelezettség alapján. A negyedik lépcső az olyan különleges igények teljesítésére létrehozott fokozat, mint a nyilvántartáson kívüli orvoslás, egyágyas szobában való elhelyezés vagy különleges fogszabályozás, amelyekre külön önkéntes biztosítást lehet kötni.

Höffe javaslatai részben heves kritikába ütköztek. P. Dabrock (1999) kifogásolja többek között Höffe azon elképzelését, miszerint a költségek növekedését túlságosan egyoldalúan a biztosítottak – mivel ingyen van, korlátokat nem ismerő – igényeire vezeti vissza, miközben nem ismeri el, hogy a költségnövekedés elsősorban a szolgáltatók hozzáállásának tulajdonítható. Höffe érvelése a kölcsönös igazságosság mellett pedig ellentmond az egészségügyben uralkodó nézetnek, amely az osztó igazságosságot tartja alapformának.

Ugyanakkor viszont az egészséghez való jog, illetve az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető emberi jognak számít (vö. fentebb a 3.3 ponttal) és az osztó igazságosság értelmében az egészségügyben kétségtelenül meglévő kölcsönös igazságosság elemeivel szemben ténylegesen alapvető jelentősége van. Ezt végeredményben Höffe lépcsős modelljének javára kell írnunk, amely legalább az alapfokú egészségügyi ellátást állami feladatnak tekinti. Másrészt tagadhatatlan, hogy az egészségügy részben piacgazdasági eszközökkel is szervezhető, és ez a forma egyes területeken még tovább építhető. A Höffe-féle lépcsős modell a gyakorlatban egyes területeken máris működik, például ha különböző minőségű szemüvegről vagy fogpótlásról van szó.

Höffe ellenében felhozható, hogy az egészségügyben a piaci szabályok legtöbbször nem működnek, és ez szükségszerű is, mert egyrészt nincs „fogyasztói” verseny, másrészt mert a piac-

gazdaság egyik alapelve, a fogyasztásból való kizárás itt nehezen alkalmazható. És végül, a társadalom értékítéletének megfelelően, az egészség a nagy értékű javak közé tartozik: „Az élet értékének társadalmi megbecsüléséből eredően a halotti bizonyítvány nem árucikk” (Stierle 1999, 30.). Hasonlóképpen, amint a járványok és a védőoltások példája mutatja, az egyes ember egészsége és betegségének megelőzése olyan erős társadalmi elvárás, hogy ezért nem tanácsos az egészségügynek minden, piac szerint szabályozható területét egyszerűen a piac törvényeire bízni.

Akármennyire meggyőzőnek tűnik első látásra a Höffe-féle lépcsős modell, ha jobban megnézzük, nehéz a lépcsőfokokat elkülöníteni. Már az egészségügyi alapellátás első fokánál van probléma. Ha a méltányos egészségügyi ellátás mértéke országonként változik és függ az általános jóléttől, kérdés, hogy Höffe miért veszi át minden további nélkül az egyesült államokbeli A. Buchanan javaslatát. E szerint a minimális alapellátáshoz tartozik „a szülés szakszerű levezetése, a terhesség alatt orvos vagy bába által végzett legalább egy vizsgálat, továbbá modern és gyors mentőorvosi ellátás balesetkor, ezen kívül legalább három évente rutinszerű megelőző vizsgálat és orvosi látogatás, valamint a testi funkciók leállását vagy akadályait megszüntető, kis kockázatú, viszonylag olcsó műtéti beavatkozások, ha elég nagy a valószínűsége annak, hogy a beavatkozás nyomán az illető funkcióképessége megmarad vagy helyreállítható” (Höffe 2000, 99).

Höffe elképzelésének legfőbb hiányossága az, hogy az egyéni felelősségre vonatkozó, leginkább megszívlelendő követelése figyelmen kívül hagyja, hogy nagyon sok embernek „nincs kellő tényismerete és anyagi képessége az ilyen egyéni felelősségű döntéshez, úgyhogy az államnak kell, polgárai kedvéért és a társadalmi béke érdekében, segítségével és támogatásával beavatkoznia” (Dabrock 1999, 15.). Az egészségügyi politikát is magában foglaló szociális és jóléti politikának pontosan meg kell fogalmaznia, milyen eséllyel tud valaki eljutni, azaz a környezettől függően alkalmassá válni az egyéni felelősségre ahelyett,

hogy figyelmen kívül hagyva a körülményeket, végeredményben meglehetősen cinikus módon absztrakt és elvi autonómiát hirdetne, amely egyáltalán nem számol a beteg és ápolást igénylő emberek konkrét rászorultságával.

Tegyük hozzá, hogy keresztyén szempontból az egészségügyi ellátás nem csak az osztó és nem is csak a kölcsönös igazságosság, hanem egyben a könyörületesség kérdése is. A könyörületesség ethoszát történetileg és rendszertanilag meg kell különböztetni a szociális törvénykezés és a kötelező biztosítás alapját képező szolidaritás elvétől. Mindenesetre történeti szempontból a nyugati világban az egészségügy létrejötte elképzelhetetlen a keresztyénség hatása nélkül. Az egészségügy reformjáról és finanszírozásáról folyó vitában nem csupán a szolidaritás elvének újrafogalmazásáról és annak a személyi autonómiára, illetve a szubszidiaritásra gyakorolt hatásáról van szó, hanem az egyházaktól joggal elvárt „könyörületesség kultúrájáról" is.

Az igazságosság, illetve a korrektség elve az **ápolásban** is szerepet játszik. **Társadalmi etikai szempontból** azt látjuk, hogy a növekvő ápolási igényt egy öregedő társadalomban kell finanszírozni. Konkrétan meg kell például vitatnunk, mennyibe fog kerülni ezután a betegbiztosítás és milyen mértékű hozzájárulást lehet majd elvárni az ápolásra szoruló betegektől és családjuktól. A rászorulók kezelése rendjén az igazságosság **egyéni etikai szempontból** is alapkérdés: **minden beteget saját rászorultsági fokának megfelelő gondoskodás illeti meg. A gondoskodásra és odafigyelésre szánt emberi erőforrásokat igazságosan kell elosztani.** Konkrét helyzetben ez a betegápoló számára konfliktussal járhat, ha a beteg vagy hozzátartozója másképpen látja a rászorultság fokát, mint ő.

▶ **Kérdések:**

Hivatásom mindennapjaiban mit tekintek igazságosnak vagy becsületesnek és mit igazságtalannak vagy tisztességtelennek? Az igazsá-

gosság tekintetében hol látok alapvető hiányt általában az egészségügyben vagy konkrétan a klinikámon? Mi ennek az oka? Véleményem szerint ez hogyan oldható meg?

6.2.4 További etikai szabályok

Beauchamp és Childress elsőrendű és másodrendű etikai elveket különböztet meg. Konkrétan arról van szó, hogy az orvostudomány igazságosságelvéből további ápolásetikai és orvosetikai szabályok vezethetők le:

- **A következmények figyelembevételének általános szabálya,** ami szerint valamely etikai megfontolást kívánó kezelés minden érintettje teljes odafigyelést igényel. Ez megfelel az egyetemes kiterjesztés elvének. Irrgang (1995) ezt a szabályt a felelősségkiterjesztés szabályának nevezi.
- **Az egyenlő bánásmód szabálya,** amely a korrektség elve alapján azonos helyzetekben azonos bánásmódot ír elő minden érintett számára.
- **A gyógyítás és segítségnyújtás kötelezettsége.** Ez arról szól, hogy az érintettek jelenlegi állapotához, kezelésének módszereihez mérten a tervezett kezeléssorozat a lehető legnagyobb mértékű javulást érje el.
- **Az elővigyázatosság szabálya** arra kötelezi a betegápoló személyzetet, hogy a legjobb prognózist ígérő kezelést válassza, amely ugyanakkor minden más kritériumnak is megfelel.

Ehhez járul még három, úgynevezett **metaetikai** (etikaelméleti) szabály:

- A **való és a kellő megkülönböztetésének** szabálya.
- Az **egyetemes kiterjesztés** (egyetemessé tétel) szabálya.
- A **megvalósíthatóság** szabálya. E szerint minden „kellő” cselekvést meg kell előznie a „képes vagyok-e rá?” kérdése, hogy senkit se kötelezzenek olyasmire, amire nem képes. (Az orvoslás területén ezért nagyon fontos az illetékesség és alkalmasság [kompetencia] kérdése!).

6.3 Az etikai kompetencia fokozatai

6.3.1 A betegápolási kompetencia fokozatainak Benner-féle modellje

„From Novice to Expert” (Novíciusból mester) címet viseli a mai egészségügyet és betegápolást filozófiai és ápolástudományi szempontból taglaló nagyon fontos mű (Benner 2000). Szerzője, Patricia Benner a H. L. és S. E. Dreyfus testvérek modelljéből kiindulva megalkotja a betegápolói kompetenciák elsajátításának lépcsőzetes modelljét.

Az ápolási kompetencia szintjei
1. fokozat: újonc
2. fokozat: haladó-kezdő ápoló
3. fokozat: kompetens ápoló
4. fokozat: tapasztalt ápoló
5. fokozat: a betegápolás mestere

A Benner-féle modell abból indul ki, hogy a novíciustól a mesterig terjedő fokozatok a hivatás során többször is bejárhatók. Például az a tapasztalt ápoló, aki évekig a belgyógyászaton dolgozott és továbbképzés céljából átmegy az intenzív osztályra, új munkahelyén bizonyos mértékig újoncnak, jó esetben kompetens ápolónak minősül. A lépcsőzetes modell tehát **függ a körülményektől.** Ezenkívül az egyik ápoló hamarabb válik újoncból tapasztalt ápolóvá vagy mesterré, mint a másik. Ugyanakkor nem mindenki éri el a mesterápoló szintet.

A különböző szakterületi etikák, mint az orvosi etika és a betegápolói etika erőteljesebb szakosodásából és intézményesüléséből következően érdemes számba venni az **etikai kompetencia fokozatait.**

A betegápolásban bizonyos mértékű etikai kompetencia nemcsak az egyéni döntések meghozatalánál szükséges, hanem az ápolásra szorultaknál tanácsadási célból is. Az ápolási tanácsadás bizonyos fokú etikai tanácsadási kompetenciát is magában foglal.

6.3.2 Az erkölcsi fejlődés Kohlberg-féle elmélete

Milyen mértékben alakítható ki az etika területén is a „noviciustól a mesterig" típusú rangsorolás? Először emlékeztessünk az **etika és az erkölcs megkülönböztetésére. Az etikai kompetencia szintjei nem tévesztendők össze az erkölcsi fejlődés szintjeivel,** ahogy azt Lawrence Kohlberg (1927–1987) fejlődéslélektani modellje teszi (Kohlberg 1981). Kohlberg az erkölcsi fejlődés három szintjét különbözteti meg:

- **Konvenciókat megelőző szint** (Az erkölcsi döntések a saját jóllétet tekintik célnak. Az engedelmesség az élvezethez és a büntetés elkerüléséhez igazodik.)
- **Konvencionális szint** (Alkalmazkodás a konvencionális normákhoz, mások tetszésének elnyerése, amikor saját erkölcsi magatartásunkról van szó.)
- **Konvenciókat meghaladó szint** (Elvont értékekre alapozott erkölcsi döntéshozatal, általánosan érvényes erkölcsi elvek kialakítása.)

A fejlődéslélektan és a filozófia művelői különbözőképpen értékelik Kohlberg modelljét. Egyes tudósok még jelentősnek tartják, míg mások elavultnak tekintik és azt kifogásolják, hogy nincs kellően megalapozva. Az egyik kritika azt mondja, Kohlberg modellje túlságosan kognitív jellegű, eltúlozza az értelem jelentőségét (az érzelmek rovására). Az sem bizonyított, hogy az erkölcsi fejlődésnek mindegyik Kohlberg-féle fokozaton végig kell mennie, és hogy megfordíthatatlan. C. Gilligan, Kohlberg tanítványa azt kifogásolja, hogy a Kohlbergnél központi jelentőségű igazságosság és korrektség elve elégtelen etikai elméletalkotáshoz, és ezért a gondoskodás elvével állítja szembe (Gilligan 1999). Filozófiai szempontból azt vetik a szemére, hogy Kohlberg ellentmondásosan, eklektikus módon kezeli az etikai elméleteket, és modellje már csak ezért sem lehet általános érvényű. Kohlberg elmélete főként az ápolásetikára és a segítségnyújtás etikájára (lásd fentebb 4.4) nem alkalmazható (vö. Arndt 1996, 35–36.).

Az etikai szakértelem számára nem lehet mérce az erkölcsi fejlődés bizonytalan modellje, még egy csupán elméletileg igazolt kompetenciára vonatkozóan sem, mert ilyen mérce csak a módszeresen átgondolt ítéletalkotásban alkalmasnak bizonyult kompetencia lehet.

6.3.3 Ápolási kompetencia és etikai kompetencia

Az ápolásetikai kompetencia csak az ápolási kompetencia fokozatos megszerzésével együtt alakulhat ki. A Benner-féle, az újonctól a mesterápolóig terjedő lépcsős modellnek megfelelően az etikai kompetenciát is támogatni, fejleszteni kell. Ehhez a megfelelő **oktatási és továbbképzési kínálatok** mellett az etikai, valamint az etikai hozzáállás kialakításának **gyakorlata** is hozzátartozik, például rendszeresen szervezett, konkrét eseteket feldolgozó kerekasztal-megbeszéléseken. Mivel az etikai kompetencia senkiben sem alakul ki magától, ajánlatos **etikai tanfolyamokat** szervezni, amelyekről **bizonyítványt** lehet kiállítani.

Az ápolási szakértelemhez hasonlóan az etikai ítélőképesség – az elméleti tudás és a módszerek elsajátítása mellett – **tapasztalatot** is feltételez (vö. Benner 2000). Aki megfelelő tapasztalattal rendelkezik, nem csupán elméletileg boldogul az etikai konfliktusokkal, hanem megtanulta kellően felmérni az egyéni helyzeteket és különbséget tenni szabályos esetek és határesetek között. Az etikai szakértelemhez tartozik az is, hogy az illető érzékelni tudja, melyek azok a határesetek és egyedi esetek, amelyekre nem érvényesek az általános szabályok.

Az etikai szakértelem fogalmát nem kell tévesen értelmezni, mintha az erkölcs és az etika terén újfajta szakértői hatalom lenne kialakuló-

ban. **Erkölcsi kérdésekben, betegség és egészség, élet és halál kérdésében mindnyájan eleve szakértők vagyunk,** hiszen ezekben a kérdésekben vagy közvetlenül érintettek, vagy részesek vagyunk. Az etika és az erkölcs megkülönböztetésének megfelelően képtelenség lenne azt állítani, hogy aki nem rendelkezik etikai szakértelemmel, képtelen felelős döntést hozni. A sajátos etikai kompetencia viszont azt jelenti, hogy etikai konfliktus esetén tudunk másokkal együtt indokolt döntést hozni és súlyosabb erkölcsi döntések alkalmával másoknak tanácsot adni.

A Benner-féle ötlépcsős ápolási kompetenciamodell etikai kompetenciamodellnek is megfelel, mivel konkrét **helyzetre** is alkalmazható és elvonatkoztatott **értelmezésre** is jó (Benner 2000, 58. skk.). Ez pontosan megfelel a mai szakterületi etikák megközelítési módjának (ld. fentebb az 1.5 pontot), mert ezek az etikák konkrét helyzetekből kiindulva keresik a cselekedeteinket sajátos esetekben irányító etikai elveket és szabályokat. A **normatív** ítéletalkotást meg kell előznie az illető etikai kérdés **leíró-hermeneutikai** elemzésének.

Ahogy az ápolási kompetencia, az etikai kompetencia is feltételezi a **környezetre figyelő értékelés képességét** (vö. Benner 2000, 42.), amely az általános helyzetre és a helyzet adta szempontokra való rálátást kér. Az általános helyzet mindig több, mint az egyes részek összessége. A környezet **megértése hermeneutikai kompetenciát** igényel (vö. 4.1 és 5.5). Csak konkrét helyzetekben lehet megtanulni, melyek a „mindig visszatérő, a helyzetre alkalmazható jelentősebb összetevők” (Benner 2000, 42.).

▶ **Kérdések:**

Miről ismerek fel egy etikai problémát az ápolói hivatásom mindennapjaiban? Mikor tekinthetek egy meglévő konfliktust etikai konfliktusnak? Kik azok, akiket etikai szempontból különösen kompetensnek tartok? Miért?

6.3.4 Az ápolásetikai kompetencia lépcsős modellje

Az ápolásetikai kompetencia alábbiakban leírt, „novíciustól mesterig" terjedő fokozatossága, akárcsak a Benner-féle modell, megkülönbözteti „az iskolás módon megszerezhető elvek és elméletek kompetenciaszintjét attól a képességszinttől, amelyet a környezet ismeretében hozott döntés és cselekvés útján lehet elérni" (Benner 2000, 42.). A szakterületi etika, illetve a környezetfüggő etikai megközelítés számára egyaránt fontos, hogy mind ápolási, mind etikai szempontból legyen fejlődés a **kívülálló megfigyelőtől az aktív résztvevőig** oly módon, hogy a tanuló ne csupán messziről szemlélje az etikai szempontból jelentős helyzeteket, hanem közvetlenül részt is vegyen bennük (vö. Benner 2000, 35.).

Az ápolásetikai kompetencia fokozatai

- **1. fokozat: újonc**
  A képzés kezdetén lévő ápoló. Legelőször meg kell tanulnia, hogy **konkrétan mi az, hogy „etikai probléma",** illetve hogy konkrét helyzetben a problémának mi az **etikai szempontja** (a szorosan vett ápolási vagy orvoslási szemponttól eltérően).
  A képzés célja: etikai alapfogalmak, elvek, szabályok, valamint különböző etikai nézetek megismerése; bevezetés az ápolásetika alapjaiba és feladataiba.
- **2. fokozat: haladó-kezdő**
  Az alapképzésen részt vevő másod- vagy harmadéves ápoló, aki az alapvető elméleti etikai tudnivalók mellett számos helyzetet megismert, megtanulta azokat kezelni, tehát képes felismerni az ismétlődő és az adott helyzetben fontos tennivalókat, beleértve az etikai vonatkozásokat is, és képes meghatározni a konkrét helyzetben jelentkező etikai problémát.
  A képzés célja: az etikai kompetenciák esettanulmányokon alapuló gyakorlása.
- **3. fokozat: etikai szempontból kompetens ápoló**
  Szakvizsgával és többéves szakmai gyakorlattal rendelkező ápoló, aki etikai ismereteit, helyzetet értékelő képességeit

rendszeresen fejleszti a szakirodalomból vagy saját praxisából vett esetek kerekasztal-beszélgetéseken történő feldolgozása által.
A továbbképzés célja: rendszeres kerekasztal-beszélgetések mellett ápolásetikai továbbképzéseken való részvétel.

- **4. fokozat: etikában tapasztalt ápoló**
Az etikában tapasztalt ápolót etikai életelvek vezetik, s a velük való helyes éléshez az kell, hogy alaposan felmérje és értse az egész helyzetet (vö. Benner 2000, 48.). Etikai tárgyú beszélgetésekben legyen kellő tapasztalata, s legyen tisztában az eljárási szabályokkal, ha etikai vitában vesz részt, például munkacsoportjában vagy egy etikai bizottságban. Tapasztalatból fel tudja ismerni a szabályoktól eltérő esetet, és kompetens módon jár el akár etikai határesetekben is, az egyedi esetekre vonatkozó igazságosság (vö. lentebb 8.3) értelmében. Van tapasztalata etikai dilemmák terén és tisztában van azoknak a leegyszerűsített etikai megoldásoknak a határaival, amelyeknél a felelősség átvállalása gyakran erkölcsi mulasztással párosul (vö. lentebb 8.1).
A továbbképzés célja: rendszeres kerekasztal-megbeszélések, amiken a saját gyakorlatának esettanulmányait vitatják meg, valamint ápolásetikai továbbképzésen való részvétel.
- **5. fokozat: az ápolásetika mestere**
Olyan betegápoló, aki gyakorlati tapasztalat mellett alapos elméleti tudással is rendelkezik. Képes az etikai problémák érzékelésére és a konkrét helyzetek tágabb összefüggésben történő etikai értelmezésére. Igazolt minősítése van arra, hogy etikai bizottságokban részt vegyen és klinikai etikai bizottság tagja legyen.
Folytonos képzésének és továbbképzésének célja: az ápolásetika terén szakmai továbbképzés és vizsgázás egyetemen kívüli tanfolyamokon, főiskolai tanfolyamokon, valamint az ápolástudomány valamelyik tematikus tanfolyamán.

Az ismertetett modell a szakmai alapképzésre és továbbképzésre vonatkozó javaslatokat mutatja be, amelyek alkalmazása, legalábbis Ausztriában még gyerekcipőben jár. Ha nem szeretnénk az etikát idegen testként látni az ápolásban és az orvostudományban, kezdeményeznünk kell az ápolásetikai és orvosetikai képzés javítását.

Hangsúlyoznunk kell, hogy az etikai kompetenciához nem csupán elméleti ismeret tartozik, hanem az etikus **viselkedés** kialakítása is, amely az ennek megfelelő **magatartásformákban** nyilvánul meg, mint a tisztelet, a gondoskodás, az empátia.

Szükség lenne egy olyan átfogó elgondolásra, amely megkülönbözteti az alapszintet a haladó szinttől és a rendszeres köri megbeszéléseken folyó továbbképzés mellett (felsőoktatási) tanegységeket tartalmazna. Egy főiskolai, illetve egyetemi szintű ápolásetikai vagy orvosetikai oktatás ismét az alapképzéstől a doktorátusig terjedő szakaszokra lehetne tagolható. **Ennek is megvannak az újonctól a szakértőig terjedő fokozatai.** Aki viszont ápolástudományi tanulmányai (pl. diplomával járó alapképzés és magiszteri tanfolyam) során a félévente szokásos négy héten át ápolásetikát és orvosetikát tanult, még távolról sem akadémiai szintű mesterápoló. Mert csupán elméleti tanulmányokkal nem lesz senkiből akadémiailag képzett mesterápoló. Az elmélyült ápolásetika tanulmányozásban (amelyhez megfelelő tanterveket kell kidolgozni), a gyakorlati elemeknek (köri megbeszéléseknek, szakmai gyakorlatnak, projekteknek, hivatáskiegészítő tanulmányoknak) is ott a helye.

A második fejezet értelmében hangsúlyoznunk kell, hogy ez az elgondolás az ápolásetika integratív megközelítését feltételezi, amely az orvosi etikát és a betegápolói etikát nem állítja egyszerűen egymás mellé. Ahogy az orvosok és az ápolók mindennap állandóan együttműködnek, ugyanúgy kell az orvosi etika és az ápolásetika kérdéseire is belső összefüggéseik szerint tekinteni.

A kiképzés és a folyamatos továbbképzés céljából a **hivatások közötti** képzés lehetőségét is ki kell alakítani, amelyen orvosok és ápolók együtt vesznek részt. Ugyanígy az ápolástudományi tanmenet keretében sem szorítkozhat az etikai képzés csupán az ápolásetikára, hanem tekintetbe kell vennie az orvosi etika kérdéseit is. Fordított esetben, az orvosi etikai tanulmányi programban is tekintettel kell lenni az ápolás szempontjait követő témákra. Az ápolástudományi tantervben az erre vonatkozó szaktantárgy neve legyen „ápolásetika" vagy „ápolási és orvosi etika", nem pedig „orvosi etika". Az ápolásetika nem tekinthető csupán az orvosi etika részének vagy függelékének.

6.4 Etikai bizottságok és klinikai etikatanácsok

Orvosi etikai és ápolásetikai ítéletalkotás és döntés többek között az **etikai bizottságok** és a **klinikai etikatanácsok** hatáskörébe tartozik (ld. lentebb a 9. fejezetet). Míg a törvény által előírt etikai bizottságok feladata lényegében a kutatási előírások (gyógyszerezés, orvosi eszközök, ápolási teendők) jóváhagyása, addig a klinikai etikatanácsokat azért hozzák létre, hogy a nap mint nap felmerülő etikai kérdéseket megbeszéljék és vitás helyzetekben a szükséges döntéseket elősegítsék. A klinikai etikatanácsok feladataira nézve – a 70-es évek óta az Egyesült Államokból kiindulva – az alkalmazott etika keretében kialakult egy külön terület, az úgynevezett klinikai etikatudomány („clinical ethics") (vö. Lilje 1995).

Az ad hoc bizottságoktól eltérően a klinikai etikatanácsok állandó intézmények, és az a céljuk, hogy a konkrét esetekben történő döntés szakmai legyen, hogy az etikát a kórházi mindennapokban még jobban integrálják, és hogy egy-egy etikai döntés a résztvevőknek és az érintetteknek érthető és követhető legyen (vö. lentebb a 9. fejezettel). A klinikai etikatanács határozata nem fosztja meg a felelősöket a személyes döntéstől, inkább érvként szolgál döntésük meghozatalánál. Hogy aztán a határozatot elfogadják vagy valamilyen etikai indoklással elutasítják, az már az ő felelősségük.

Az Egyesült Államokban a klinikai etikatanácsok megszokott intézmények. Németországban az egyházi fenntartású kórházakban (Katolikus és Protestáns Kórházszövetség) már a múlt század 90-es

éveinek végén elkezdték létrehozni a klinikai etikatanácsokat. Ausztriában a klinikai etika kezdeti szakaszban van.

6.5 Összefoglalás

Az ápolásetikai kérdések három, egymással kölcsönhatásban álló szinten közelíthetők meg, mégpedig (1) a kölcsönös kapcsolatok szintjén, (2) az intézmények szintjén, továbbá (3) a hozzáállás és értékelés szintjén. Az autonómia, a jól-lét, a „kárt nem okozás" és az igazságosság az ápolásetika és az orvosi etika négy alapelve. Az ápolásetika viszont nem úgy működik, hogy ezeket mint megkérdőjelezhetetlen elveket az egyedi esetekre alkalmazzuk. Ezek etikai megalapozást igényelnek, különben csak az éppen uralkodó erkölcsöt tükrözik. Az etikus ítéletalkotás fokozatosan elsajátított, megfelelő kompetenciát feltételez. Az elsajátítás fokozatai nem tévesztendők össze az erkölcsi fejlődés feltételezett fokozataival (L. Kohlberg). Az ápolásetikai kompetencia az ápolói kompetenciával együtt sajátítandó el és nem merül ki általános alapelvek alkalmazásában, hanem azt a képességet jelenti, hogy valaki a konkrét helyzetet a maga összefüggésében látja és értelmezi. Tehát az ápolásetikai kompetencia egyben hermeneutikai kompetenciát is feltételez. Az ápolásetikai és orvosetikai véleményformálás intézményesített formája az etikai bizottság és a klinikai etikatanács.

6.6 Irodalom

Amelung, E. (szerk.): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin 1992.

Beauchamp, T. L./Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, Oxford ^{4}1994.

Benner, P.: Stufen zur Pflegekompetenz, From Novice to Expert. 3. reprint. Verlag Hans Huber, Bern 2000.

Cazorla Albrecht, F.: Der Stellenwert der Ethik in der Pflegeausbildung. Stufenmodell der Entwicklung einer ethischen Kompetenz. Diplomica Verlag, Hamburg 2000.

Irrgang, B.: Grundriss der medizinischen Ethik (UTB 1821). Reinhardt, München/Basel 1995.

Kohlberg, L.: Kognitive Entwicklung und moralische Erziehung, in: L. Mauermann/E. Weber (szerk.): Der Erziehungsauftrag der Schule. Beiträge zur Theorie und Praxis moralischer Erziehung unter besonderer Berücksichtigung der Wertorientierung im Unterricht. Auer, Donauwörth [2]1981, 107–117.

7 EMBERI JOGOK ÉS ETIKAI KÓDEXEK

Az orvosi etikai és ápolásetikai ítéletalkotáshoz egész sor etikai kódex ad eligazítást. A kódexek alapját az erre vonatkozó emberjogi dokumentumok képezik. Jelen fejezet a legfontosabb etikai dokumentumokról és emberjogi szövegekről tájékoztat. A betegápolóknak szóló etikai kódexek mellett szó szerint közöljük a Helsinki–tokiói Nyilatkozatot, amely az orvosi kutatások etikai alapelveit határozza meg.

7.1 Orvosi etikai és ápolásetikai dokumentumok

Az alábbi szövegek alapvetők az orvosetikai és ápolásetikai tájékoztatás szempontjából:

- Hippokratészi eskü
- Genfi orvosi eskü (Orvosi Világszövetség, 1948, második változat 1968)
- Az orvosbiológiai kutatásokra vonatkozó Helsinki–tokiói Nyilatkozat (Orvosi Világszövetség 1975, utolsó aktualizálás: 2013)
- A Szakápolók Nemzetközi Tanácsának (International Council of Nurses) ápolókra vonatkozó etikai kódexe (Basic Principles of Nurses, 2006), amelyet az osztrák, a német és a svájci szakmai szervezetek is átvettek.

7.2 Az emberi jogok kodifikálása

A 3.3 fejezetben idéztük az orvoslás és ápolás szempontjából lényeges emberjogi előírásokat. Az alább felsorolt dokumentumok az erre vonatkozó szöveggyűjteményekben találhatók. Lásd a fejezet végén található szakirodalmat is. Az alábbiakról van szó:

- Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata (1948. december 10.)

- Nemzetközi szerződés a polgári és politikai jogokról (1966. december 19.)
- Nemzetközi szerződés a gazdasági, társadalmi és kulturális jogokról (1966. december 19.)
- Az Emberi Jogok Európai Egyezménye (az Európa Tanács egyezménye az emberi jogok és az alapvető szabadságjogok védelméről, 1950. november 4.)
- Az Európa Tanács egyezménye az emberi jogok és az ember méltósága védelméről az alkalmazott biológia és az alkalmazott orvostudomány területein (1996)
- Az UNESCO egyetemes nyilatkozata az emberi genomról és az emberi jogokról (1997)
- Az Európa Tanács parlamenti közgyűlésének a súlyos betegek és haldoklók emberi jogaira és méltóságára vonatkozó ajánlása.

7.3 A Szakápolók Nemzetközi Tanácsának etikai kódexe

A Szakápolók Nemzetközi Tanácsa először 1953-ban fogadta el a betegápolók etikai kódexét. A kódexet azóta többször átnézték és megerősítették. A legújabb változat 2012-ből való. A tanács etikakódexének meghatározása szerint betegápoló az, aki befejezte tanulmányait és saját hazájában a betegápolói hivatás végzéséhez szükséges engedéllyel rendelkezik.

Preambulum

A betegápolóknak négy alapvető feladatuk van:

- Az egészség megőrzése, a betegség megelőzése, az egészség helyreállítása és a fájdalom enyhítése. A betegápolás egyetemes igény.
- A betegápoló hivatástól elválaszthatatlan az emberi jogok, s ezen belül az élethez és szabad döntéshez, a méltósághoz és illő bánásmódhoz való jog tiszteletben tartása. Az ápolást a rászoruló iránti teljes tisztelettel kell végezni, nem minősítve annak életkorát, bőre színét, vallásos hitét, kul-

túráját, fogyatékosságát vagy betegségét, nemét, nemi irányultságát, nemzetiségét, politikai irányultságát, etnikai hovatartozását vagy társadalmi helyzetét.
- A betegápoló az egyén, a család, a társadalmi közösség javára teljesíti hivatását; szolgáltatásait egybehangolja más résztvevő csoportokéval.

A szakápolók nemzetközi tanácsának kódexe
A szakápolók nemzetközi tanácsa etikakódexében négy olyan alapvető elem található, amelyek az etikus magatartás mércéjét jelentik.

A kódex elemei
1. A betegápolók és embertársaik
- A betegápoló szakmailag felelős a gondozásra szoruló emberekért.
- Hivatása gyakorlása közben a betegápoló olyan környezetet teremt, amelyben tiszteletben tartják az egyén, a család és a társadalmi közösség emberi jogait, értékrendjét, hagyományait, szokásait és hitét.
- A betegápolónak biztosítania kell, hogy a gondozásra szoruló személy kulturált módon idejében megkapja a kellő és elegendő információt, amelynek alapján beleegyezését adhatja az ápolásával járó ellátáshoz és kezeléshez. A betegápoló bizalmasan kezel minden személyes információt és felelősséggel továbbítja azt.
- A betegápoló osztozik abban a társadalmi felelősségben, amely magára vállalja és támogatja az egész lakosság, de különösen a hátrányos helyzetű csoportok egészségügyi és szociális szükségleteinek megoldását.
- A betegápoló kiáll azért, hogy az egészségügyi ellátáshoz, valamint más szociális és gazdasági szolgáltatásokhoz való hozzáférésnél a társadalmi igazságosság érvényesüljön, és a rendelkezésre álló forrásokból és készletekből mindenki egyenlőképpen részesüljön.

- A betegápoló magatartásában igazodjon hivatásának olyan értékeihez, mint a tisztelet, a rászorulók igényeire és óhajaira való odafigyelésre és azok meghallgatására, továbbá együttérzésre, megbízhatóságra és személyes odaadásra.

2. A betegápolók és a hivatás gyakorlása

- A betegápoló személyesen felel és számadással is tartozik ápolói munkájáért, valamint azért, hogy állandó továbbképzés útján megőrizze szakmai alkalmasságát.
- A betegápoló vigyáz saját egészségére annak érdekében, hogy megőrizze és ne csorbítsa hivatása gyakorlásához való képességét.
- Amikor felelősséget vállal vagy felelősséget oszt meg, a betegápoló megvizsgálja munkatársai szakmai kompetenciáját.
- Személyes magatartásával mindig vigyáz arra, hogy az ápolói hivatásról kedvező képet nyújtson, növelje az emberek között a betegápolói hivatás tekintélyét és a betegápolói hivatás iránti bizalmat.
- Hivatása gyakorlása közben biztosítékot nyújt arra nézve, hogy a technológia használata és az új tudományos ismeretek alkalmazása összhangban áll az emberek biztonságával, méltóságával és jogaival.
- A betegápoló törekedjen arra, hogy hivatása gyakorlásával segítse elő és védelmezze az etikus viselkedés és a nyílt párbeszéd kultúráját.

3. A betegápolók és a szakmaiság

- Az ápolónak vezető szerepe van a gyakorlati beteggondozás, a gondozásirányítás, a betegápolással kapcsolatos kutatás és az ápolóképzés minőségi szintjeinek megállapításában és azok követésében.
- A betegápolónak részt kell vállalnia a kutatáson alapuló olyan szakismeretek gyarapításában, amelyek segítik a tapasztalati, kipróbált hivatásgyakorlást.

- Részt kell vennie a hivatás alapvető értékrendjének kialakításában és megőrzésében.
- Szakszervezete útján a betegápoló küzd azért, hogy a betegápoláshoz kedvező munkahelyi körülmények, valamint biztonságos, társadalmilag igazságos és gazdaságos munkafeltételek legyenek. A betegápoló tesz azért, hogy őrizzék meg és védjék a természeti környezetet, mert tudja, hogy az mennyire fontos az egészség szempontjából.
- A betegápoló is hozzájárul a munkahely etikus, felelősségteljes kialakításához, és szembeszáll minden etikátlan cselekedettel és keretfeltétellel.

4. A betegápoló és munkatársai

- A betegápoló jó és tiszteleten alapuló együttműködésre törekszik hivatali munkatársaival és a más területen dolgozó kollégáival.
- A betegápoló közbelép az egyes ember, a család és a társadalmi közösség érdekében, ha azoknak jól-létét egy gondozó vagy más személy veszélyezteti.
- A betegápoló mindent megtesz azért, hogy támogassa és segítse munkatársait az etikus viselkedés előmozdításában.

7.4 Szemelvények a német betegápolók tanácsa hivatali keretszabályzatából

A továbbiakban kivonatosan idézett hivatali keretszabályzatot 2004-ben állította össze a Német Ápolási Tanács, amelyhez a betegápolók és bábák tizenegy szakmai szövetsége tartozik. A legfontosabb előmunkálatokat a betegápoló hivatások német szakmai szövetsége, valamint a németországi keresztyén nővérszövetségek és betegápoló szervezetek munkaközössége végezte saját hivatali szabályzatával.

Preambulum
A hivatásos betegápolók etikai elvei a Német Szövetségi Köztársaság alkotmányára épülnek, amely kimondja az emberi méltóság sérthetetlenségét. Ezen túlmenően a legújabb tudományos szakismeretek, valamint az egyes szakmai szervezetek és szövetségek etikai szabályai is érvényesülnek.
Beteget ápolni annyi, mint az embert adott helyzetében és hogylétében érzékelni, a rendelkezésre álló adottságait gyarapítani, támogatni, családját és társadalmi, kulturális és hagyományhátterét figyelembe venni és a gondozásba vonni, és ha úgy adódik, őt a halálig vezető úton elkísérni.

A hivatásos betegápolók

- sajátos hivatásukkal járulnak hozzá az egészség megőrzésének, a betegség megelőzésének, az egészség helyreállításának, a krónikus betegség, fogyatékosság, aggkori gyengeség és haldoklás idején nyújtott támogatás társadalmi feladatához;
- felmérik, ki mennyire szorult ápolásra, meghozzák az ápolási tervben szereplő intézkedéseket és ellenőrzik az egész ápolás hatékonyságát;
- fenntartják és támogatják az emberek élettevékenységét és önálló életfolytatását;
- konzultálnak és együttműködnek az ápolási és gondozási folyamat minden résztvevőjével;
- hozzáállásukkal erősítik hivatásrendjük tekintélyét, az ápolással kapcsolatos kutatásokban való részvételükkel pedig erősítik a betegápolás tudományát;
- ha hivatásszervezetekbe tömörülnek, erősítik a szakmai érdekképviseletet;
- együttműködnek azoknak a társadalmi problémáknak a megoldásában, amelyek hatással vannak a betegápolásra, és tájékoztatják a társadalmat az egészségügy kérdéseiről.

2. § Feladatok

I.

A hivatásos betegápolók kötelesek hivatásukat az ápolástudomány, az orvostudomány és más, ide kapcsolódó tudományok általánosan elfogadott szintjének megfelelően gyakorolni. Kötelesek a hivatásuk gyakorlására vonatkozó rendszabályokat ismerni és azokat betartani.

II.

A hivatásos betegápoló nem minősíti a reá bízott személyek életkorát, fogyatékosságát vagy betegségét, nemét, nemi irányultságát, vallásos hitét, bőre színét, kultúráját, nemzetiségét, politikai irányultságát, fajtáját vagy társadalmi helyzetét.

III.

Saját felelőssége köréhez tartozó feladatok:

- megállapítja, ki mikor szorul gondozásra, megtervezi, megszervezi, végrehajtja az ápolást, elkészíti az azzal kapcsolatos dokumentációt,
- kiértékeli az ápolást, biztosítja és fejleszti a betegápolás minőségét,
- tanácsaival segíti, eligazítja és támogatja szolgáltatásainak címzettjeit és azok hozzátartozóit,
- az orvos megérkezéséig megkezdi az életmentés legsürgősebb tennivalóit.

Együttműködés keretében reá háruló feladatok:

- egyénileg végrehajtja az orvos által előirányzott intézkedéseket,
- intézkedik az orvosi diagnosztika, kezelés és rehabilitáció terén,
- intézkedik krízis- és katasztrófahelyzetekben.

A hivatásos betegápolók interdiszciplinárisan együttműködnek más hivatáscsoportokkal. Multidiszciplináris és saját hivatásukat meghaladó módon keresik az egészségügyi problémák megoldását.

(A keretszabályzat 3–6. paragrafusai különböző hivatali kötelességeket tárgyalnak, a szabad hivatásúak sajátos kötelességeit és a hivatali rendtartás kötelező jellegét. A 3. § szerint a továbbképzés, valamint etikai kérdések is a hivatali kötelességek közé számítanak:)

6. Továbbképzés
A hivatásos betegápolók felelnek arról, hogy képzési szintjüket a tudomány jelenlegi állásához igazítsák. Kritikus szemmel figyelik hivatásuk etikai kérdéseit, és arról is gondoskodniuk kell, hogy folyamatosan fejlesszék társadalmi kommunikációs és szakmai kompetenciájukat. […]

Közzétette: a Német Ápolók Tanácsa és a Betegápolók és Bábák Szövetségi Munkaközössége, Geisbergstr. 39, 10777 Berlin

7.5 Etika a betegápolásban – A betegápolók svájci szakszövetségének vezérfonala

A betegápolók svájci szakszövetsége 1990-ben kiadta „A betegápolás etikai alapelvei" című dokumentumot. 2003-ban ezt az etikai kódexet az „Etika a betegápolásban" című vezérfonal váltotta fel.

Az új dokumentum **négy fejezetből** áll. Az **első fejezet** a szakma mindennapjaiból mutat be három olyan helyzetet, amelyek az erkölcsileg felelős beteggondozási gyakorlatot mutatják be. A **második fejezet** gyakorlati példákkal magyarázza és konkretizálja az orvosetikai és ápolásetikai alapelveket: az autonómia, a jól-lét, a „kárt nem okozás" és az igazságosság elvét (vö. a fentebbi 6.2.2 ponttal). Az említett elvek alkalmazása kapcsán felmerülő problémák és dilemmák is szóba kerülnek. A **harmadik fejezet** olyan erkölcsi értékeket, illetve erényeket ismertet, mint a megbízhatóság, hűség, igazság és őszinteség. A **negyedik fejezet** a konkrét etikai ítéletalkotás alapjaival és lépéseivel foglalkozik.

„A betegápolás etikai alapelveiből” (1990) ez a megállapítás tekinthető a legfontosabbnak:

> Az ember méltósága és az élet egyedülállósága tekintendő minden betegápolói tevékenység középpontjának.

Az ápolási és az orvosi etika négy alapelvéről a 2003-as vezérfonal a következőket mondja:

> ***Az autonómia elve***
> Az autonómia **általánosságban** az ember azon képességét jelenti, hogy saját céljait szabadon határozza meg, és ennek következményei tudatában cselekszik. Az autonómia magában foglalja:
> - a személyi szabadságot
> - az önrendelkezést
> - azt a jogot, hogy egyéni tetteinek sajátos tartalmat adjon
> - azt a jogot, hogy kifejezésre juttassa saját véleményét és saját értékeit.
>
> A betegápolásban az embert mint individuumot tisztelni azt jelenti, hogy döntéseik még akkor is saját meggyőződésüket és értékítéletüket tükrözik, ha egyéni képességeik, életkoruk vagy betegségük miatt csökkentek is (erkölcsi autonómia, fizikai autonómia). Az autonómia előmozdításával a személyre szabott betegápolás fog nyerni.
>
> Az autonómia elve **konkrétan** magában foglalja az embernek azt a jogát, hogy
> - fizikai vagy szellemi állapotától függetlenül tiszteletet és figyelmet érdemel,
> - kellőképpen tájékoztassák diagnózisáról, kezelése és gondozása lehetőségeiről, betegsége előre látható lefolyásáról,

illetve arról, ha valamilyen kutatás résztvevője lesz, annak érdekében, hogy minden kényszer nélkül dönteni tudjon,
- részt vehessen az ápolásával kapcsolatos döntésekben,
- tiszteletben tartják magánéletét és mozgásszabadságát,
- kifejezésre juttassa hajlamait, érzéseit és értékrendjét, és
- részt vegyen saját gondozásában vagy elutasítsa azt.

Minek kedvez az autonómia gyakorlása?
Az autonómiának egyre nagyobb jelentősége van a nyugati társadalomban mind az oktatás, az egészségügy, a szakmai tevékenység, a családi élet területén, mind pedig társadalmi és állami összefüggésben. A betegápolás szempontjából az autonómiára törekvés egészséges válasz lehet a közismert paternalista viselkedésre. Bizonyos ápolási cselekvésformák hozzájárulnak ahhoz, hogy az önrendelkezés több figyelmet, támogatást kapjon és meg is erősödjön. Ez történik akkor, ha
- a kommunikáció és a kapcsolat megbízhatóságra, hűségre és meghittségre épül,
- világos és érthető a tájékoztatás,
- figyelnek a rászorultak sajátos igényeire és azokat az ápoló vagy az intézmény lehetőségei szerint tiszteletben is tartják,
- a betegek és hozzátartozóik beleegyeznek, hogy partnerként működnek együtt az ellátás tervezésében, véleményüket pedig megpróbálják kikérni és tiszteletben tartani,
- a beteg sebezhetőségét figyelembe veszik,
- semmilyen, szabadságot korlátozó intézkedést nem alkalmaznak, kivéve, ha ezt a biztonság érdekében jól meghatározott szükség indokolja. Ezt a szükséget időről időre újra kell értékelni.

[…]

A jól-lét/jót cselekvés elve
A jól-lét elve **általánosságban** magában foglalja azt a kötelezettséget, hogy a másik embernek biztosítsuk azt, ami neki a legjobb, ami hasznára válik. Kifejezi továbbá a kötelességet,

hogy óvjuk és védelmezzük a másik ember érdekeit, életét, biztonságát és egészségét.
A **betegápolásban** ez azt jelenti, hogy kötelességünk jót tenni, a lehető legjobb gondozást mindenki számára hozzáférhetővé tenni. A „jó" a beteg és hozzátartozója, a betegápolók és intézményeik közös erőfeszítéséből, valamint a kockázatok és az előnyök, a költségek és a célszerűség mérlegeléséből származik.
A jól-lét elvéből **konkrétan** következik, hogy mindenkinek joga van

- megkapni az egészsége védelméhez szükséges segítséget,
- olyan ápoláshoz és kezeléshez, amilyet a helyzete megkíván,
- ahhoz, hogy tüneteit komolyan vegyék,
- a betegápolás nyújtotta biztonsághoz és védelemhez,
- ahhoz, hogy döntéseit tiszteletben tartsák.

Minek kedvez a jól-lét elvének tiszteletben tartása?
A jót cselekvés fogalmának régi hagyománya van a betegápolásban. Napjainkban általánosan elismert tény, hogy a betegápolásban ez a „jó" csak az összes érintett közös erőfeszítéséből eredhet. Ez a közös erőfeszítés olyan betegápolásban jut kifejezésre,

- amelyben az érintettek kommunikációja és viszonya őszinteségre, hűségre, megbízhatóságra és igazságra épül;
- amelynek során a betegek, hozzátartozóik és minden „partner" világos és az alkalomhoz illő módon tájékoztatást kaphat a betegség pillanatnyi és távlati következményeiről, valamint az alkalmazható kezelési és ápolási módokról;
- ahol a betegápolással, annak egész lefolyásával kapcsolatos döntéseket a beteggel és hozzátartozóival alaposan megbeszélik, ahol figyelemmel vannak a beteg jelenlegi és későbbi családi, társadalmi és kulturális környezetére, és ahol igyekeznek megérteni és tiszteletben tartani a beteg akaratát;

- amelynek során olyan kezelést és ápolást írnak elő, amely a legjobb kívánt eredménnyel jár és a lehető legkisebb kárt okozza, s ehhez figyelembe veszik a kutatás legújabb eredményeit;
- amelyben a betegápolást kompetens szakemberek végzik;
- ahol a beteg, a maga kiszolgáltatott helyzetében minden visszaéléstől védve van;
- ahol semmilyen testi vagy lelki szabadságot korlátozó intézkedést nem alkalmaznak, kivéve, ha ezt a biztonság érdekében jól meghatározott szükség indokolja; ezt a szükséget esetről esetre újra kell értékelni.

[...]

A kárt nem okozás elve

Általánosságban a kárt nem okozás azt jelenti, hogy társadalmi kapcsolatainkban, a kutatás legújabb eredményeivel összhangban képesek vagyunk bizonyos kockázatokat felismerni, csökkenteni vagy elkerülni. Arról van szó, hogy másokban – sem szándékosan, sem akaratlanul – nem okozunk és nem teszünk testi vagy lelki kárt; mások kárát róluk elhárítjuk, és ami nekik kárt okozna, kiküszöböljük.

A **betegápolásban** a kárt nem okozás elve segít abban, hogy ne okozzunk kárt (nihil nocere) sem a betegnek, sem a közösségnek.

A kárt nem okozás elve **konkrétan** az embernek azt a jogát jelenti, hogy

- a lehető legbiztonságosabb környezetben éljen,
- tiszteljék és ne sértsék meg mint személyt,
- helyzetéhez képest méltó ápolásban és kezelésben részesüljön,
- ne tegyék ki semmilyen testi vagy erkölcsi kényszernek,
- ne okozzanak neki semmilyen testi, lelki vagy erkölcsi kárt,
- ne öljék meg,

- védjék meg minden olyan kár ellen, amely téves magatartás vagy téves ítélet miatt következhet be.

A betegápolóra nézve ez a kötelesség azt jelenti, hogy
- felismeri az esetleges veszélyeket,
- amennyire csak lehet, elhárítja a testi vagy lelki kár minden kockázatát, amely a betegápolás során, a betegnek kutatásba való bevonása miatt, vagy az őt ápoló intézménnyel és környezettel kapcsolatosan felmerülhet,
- azonnal közbelép, ha veszélyt lát.

Az egyes embernek pedig kötelessége, hogy
- az egészségében szándékosan kárt ne tegyen és védje magát mindentől, ami az egészségére káros lehet.

Hogyan lehet elkerülni a károkozást?
Az az igyekezetünk, hogy kárt ne okozzunk, hagyományosan éppen úgy hozzátartozik a betegápoláshoz, mint a jól-létre való törekvés. Ha igyekszünk minden testi vagy erkölcsi károkozást elkerülni, állandó odafigyelésre van szükség, valamint arra, hogy úgy végezzük a betegápolást, hogy
- a kommunikációt és kapcsolatunkat az igazságra, a hűségre és a megbízhatóságra építsük. Így fogjuk tudni az ápolást mind a beteg, mind az ápoló szempontjából kiértékelni,
- a betegápolók le tudják mérni, hol van a pontos határ erkölcsi értelemben a jót cselekvés és a kárt nem okozás között,
- a lehető legnagyobb hasznot és a legkisebb kockázatot jelentő kezelési és ápolási módozatokat válasszuk, felhasználva a legújabb kutatási eredményeket is,
- személyre szabott („betegre szabott”) legyen, képzett személyzettel, a legkorszerűbb módszerekkel,
- különös figyelmet szenteljünk az elkerülhető fájdalmak és szenvedések megelőzésére,

- a beteg érezze magát a lehető legbiztonságosabb környezetben, és tegyünk meg mindent a mellékhatások és szövődmények elkerülése érdekében,
- a kárt okozás csökkentése vagy elkerülése érdekében használjunk fel minden lehetséges eszközt, ideértve a figyelő- és segélyhívó rendszert, hogy a betegeket minden zavartól és tévedéstől megóvjuk,
- a beteget és hozzátartozóit partnernek tekintsük, kérjük ki véleményüket és tartsuk tiszteletben döntéseiket,
- kiszolgáltatott helyzetében a beteg minden visszaéléstől védve legyen,
- ne hozzunk semmilyen, szabadságot korlátozó intézkedést, kivéve, ha ezt a biztonság érdekében jól meghatározott szükség indokolja; ezt a szükséget esetről esetre újra kell értékelni.

[…]

Az igazságosság elve

Általánosságban az igazságosság egy személy vagy csoport jogai, érdekei és érdemei, valamint az őt megillető társadalmi helyzet elismerését és tiszteletben tartását jelenti.
Ezzel kapcsolatban jó, ha az igazságosság fogalmának jelentéstartalmát pontosítjuk: az igazságosság egyrészt az egyes ember szubjektív magatartása, amely embertársai iránti kötelességeiben és a velük szembeni jogai gyakorlásában nyilvánul meg. Másrészt, objektív értelemben az emberi intézményes együttélés alapelve. Azt mondja el, hogy a törvénykezésben, az igazságszolgáltatásban, az államban, a politikában stb. mi az érvényes igazság. A demokratikus társadalmakban úgy tekintik, hogy az igazságosság az emberek közötti egyenlőség joga, amelynek gyakorlatba ültetése nem mindig egyszerű.

Az **igazságszolgáltatás elve a betegápolásban** azt a kötelességet jelenti, hogy az erőforrásokat igazságosan kell elosztani

(osztó igazságosság), hogy mindenkit a rászorultsága mértéke szerint kell kezelni (kölcsönös igazságosság). Ez magában foglalja az ápoláshoz való jogot mindenki számára (illő minimum), az erőforrásokhoz egyenlő eséllyel való hozzáférést, az egyenlő elosztás és az igények mérlegelését (egészségi helyzetét tekintve az egyén és a közösség nem egyenlő), és ráadásul az egyéni felelősséget (mindenki köteles az erőforrásokat méltányosan elosztani).

Az elv gyakorlatba ültetése nagyon bonyolult, mert az osztó igazságosság különböző politikai, gazdasági vagy társadalmi elméleteken alapulhat (utilitarizmus, liberalizmus, szocializmus stb.), a rászorultságot is sokféle módon lehet értelmezni, és a betegápolásban még az „illő minimum" fogalma is változhat a rendelkezésre álló kínálat, az életmód és az egyes ember vagy a közösség anyagi lehetőségeitől függően.

Világméretekben, valamint nemzeti vagy helyi szinten az erőforrás-elosztás kérdése a harmadik évezred egyik legnagyobb problémája lesz.

Ha szeretnénk elkerülni a hatalommal való visszaélést vagy a meggondolatlanul és rosszul tervezett elosztást, minden, az erőforrások elosztásáról vagy a velük való takarékoskodásról szóló döntést etikai szempontokhoz kell igazítani.

Minek kedvez az igazságosság a betegápolásban?

A betegápolásban az igazságosság elve azt jelenti, hogy a betegápoló minden ápolásra szoruló embert kompetens módon gondoz, nem nézve életkorát, bőrszínét, vallásos hitét, kultúráját, fogyatékossága mértékét, nemét, nemzetiségét, politikai hovatartozását, fajtáját vagy társadalmi helyzetét.

Az igazságosság elvével összhangban a betegápoló ugyanúgy, mint a társadalom egésze, felelős azért, hogy a lakosság, és különösen a hátrányos helyzetű csoportok társadalmi és egészségügyi szükségleteinek kielégítését célzó kezdeményezéseket dolgozzon ki és támogasson (a betegápolók nemzetközi tanácsának etikakódexe, 2000. évi változat).

Olyan beteggondozással lehet megvalósítani az igazságosság elvét, ami

- minden korlátozás nélkül tiszteletben tartja az ember alapvető jogait és méltóságát,
- előnyben részesíti az igazságon, hűségen és megbízhatóságon alapuló közlést és kapcsolatot. Gondoskodik arról, hogy a beteg és hozzátartozói tájékoztatást kapjanak a beteg jogairól és kötelességeiről, a rendelkezésére álló eszközökről és a körülményekről,
- a betegápolók és az intézmény észszerű lehetőségei szerint eleget tesz a beteg kéréseinek,
- egyértelműen megállapítja a beteg és az ápoló kölcsönös felelősségét,
- úgy van megszervezve, hogy a betegápoló kompetenciája feleljen meg a beteg ápolása összetett igényeinek,
- kész megindokolni a források elosztására vonatkozó minden döntést, mert ha „igazságtalanság" történt, azt csak egy magasabb rendű elv igazolhatja,
- gyakorlott kegyen az értékek mérlegelésében, hogy képes legyen választani a látszólag azonos fajsúlyú kritikus helyzetekben,
- olyan szervezeti keretben történik, amelyik lehetőséget biztosít a betegnek ahhoz, hogy igazát megvédje (egyfajta „nép ügyvédje").

Forrás: Etika a betegápolói gyakorlatban, Bern 2003, 10–21. (kivonatosan),
A hivatásos betegápolók svájci szövetsége, Choisystr. 1,
pf. 8124, CH – 3001 Bern

7.6 Az idősek ápolásának etikai kódexe

Az idős emberek ápolásának alapvetően ugyanazok az etikai normái, mint az általános egészségügyi gondozásnak és betegápolásnak. Az idősotthonokban és gondozóotthonokban folyó munka bizonyos tekintetben eltér a kórházi gondozástól. Az idősek ápolásának alábbi, például szolgáló etikai kódexe tekintettel van erre az eltérésre.

Az idősek ápolásának alapvető etikai szabályai

Az idősek ápolásánál olyan alapelvek érvényesülnek, amelyek mind a beteg, mind az egészséges öregekre alkalmazhatók.

Az idősgondozónak az a feladata, hogy a rászorulónak olyan ápolást biztosítson, amely az illető életkorának megfelelő testi, szellemi és lelki egészséget óvja, a betegségeket megelőzi, segít leküzdeni a betegségek okozta korlátozásokat, s az emberhez méltó meghalásnál is elkíséri.

Az idősek gondozását világszerte igényelik. A gondozást az idős ember nemzetiségére, fajtájára, vallásos hitére, nemére, politikai hovatartozására és társadalmi állapotára való tekintet nélkül kell végezni.

Az idősgondozó az egyén, a család és az egész közösség javára gyakorolja hivatását.

Az idősgondozó és az egyes ember

Az idősgondozó felelős azért, hogy az idős, ápolásra szoruló emberek aktív életet éljenek, és hogy ebben támogassák őket. Az idősgondozó türelmet tanúsít minden ember saját értékeivel, hagyományaival és szokásaival, valamint vallásos hitével szemben. Az idősgondozó minden személyes információt bizalmasnak tekint és csak komoly megfontolás után adja tovább.

Az idősgondozó és a hivatás gyakorlása

- Az idősgondozó felelős az ápolás jó végzéséért, valamint saját továbbképzéséért is.
- Az idősgondozó tesz azért, hogy az ápolás minősége egyre jobb legyen, és így azt a lehető legjobb színvonalra emeljék.
- Az idősgondozó mérlegeli a felelősség átvételét és átruházását a reá bízottak javára és azok biztonsága érdekében.
- Hivatása gyakorlása közben az idősgondozó olyan személyes magatartást tanúsítson, amely szakmája hírnevét szolgálja.

Az idősgondozó és a társadalom
Az idősgondozó másokkal együtt felelős azért, hogy tegyenek meg és támogassanak minden olyan intézkedést, amely az idősek egészségügyi és szociális szükségleteinek kielégítését szolgálja.

Az idősgondozó és munkatársai
Az idősgondozó tegyen meg mindent azért, hogy munkatársaival jól együttműködjön minden, az idős emberek gondozása szempontjából szükséges területen. Az idősgondozó azonnal közbelép a reá bízott személy védelmében, ha annak jól-létét valamelyik munkatársa vagy más személy veszélyezteti.

Az idősgondozó és hivatása
Az idősgondozó folyamatosan arra törekszik, hogy hivatásához szükséges ismereteit jól megalapozza. Az idősgondozó saját szakmai szervezetében síkra száll azért, hogy hivatása társadalmi elismerésben részesüljön, és hogy munkájának legyenek meg a méltányos társadalmi és gazdasági feltételei.

Forrás: Martens, E., Etikakódex. Az idősek ápolásának etikai alapszabályai, Idősgondozói szakszeminárium, Grausee 1995 (idézve Arndt 1995 után, 162.).

7.7 A Helsinki–tokiói Nyilatkozat

Az egészségügyi gondozók és betegápolók bizonyos körülmények között az orvosi kutatásban is részt vesznek. Különösen a harmadik birodalom idején az orvostudomány területén elkövetett bűntények bizonyították, mennyire szükséges az orvosi kutatás törvényes ellenőrzése mellett annak etikai és önkontrollja is. Ez érvényes a betegápolás területén végzett kutatásra is. Alább idézzük az Orvosok Világszövetségének Helsinki Nyilatkozatát, amely az orvosi kutatás legjelentősebb etikai kódexe. Ehhez szoktak igazodni azok az irányelvek, amelyek alapján a különböző etikai bizottságok a kutatási projektekről

döntenek. Az orvosok világszövetségének a humán orvosi kutatásokra vonatkozó etikai alapelveit a világszövetség 18. közgyűlése 1964 júniusában a finnországi Helsinkiben adta ki, amelyet felülvizsgált az orvosok világszövetségének Japánban, Tokióban tartott 29. közgyűlése 1975 októberében. Ezt tovább revideálták 1983-ban (Velence), 1989-ben (Hongkong), 1996-ban (Somerset West, Dél-Afrika), 2000-ben (Edinburgh), 2004-ben (Tokió) és 2008-ban (Szöul). A legutóbbi revízió 2013-ban volt (Fortaleza, Brazília). A német fordítás helye: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Helsinki_2013 _20190905.pdf

Az Orvosok Világszövetségének Helsinki Nyilatkozata
A humán orvosi kutatás etikai alapjai

Általános alapelvek

1. Az Orvosok Világszövetsége a Helsinki Nyilatkozatban lefektette az emberekkel és azonosítható emberi maradványokkal és adatokkal végzett orvosi kutatás etikai alapelveit.
   A nyilatkozat egységes egészet képez, egyetlen szakaszát sem lehet a többi idevágó szakasz ismerete nélkül alkalmazni.
2. Az Orvosok Világszövetségének mandátuma értelmében a nyilatkozat elsősorban orvosoknak szól. De a világszövetség az orvosi kutatások más résztvevőit is arra biztatja, hogy kövessék ezeket az alapelveket.
3. Az Orvosok Világszövetségének Genfi Nyilatkozata a következő szavakkal kötelezi az orvost: „Betegem egészsége cselekedeteimnek legfőbb törvénye”, míg az orvosi etika nemzetközi kódexe kimondja: „Orvosi tevékenységében minden orvos úgy járjon el, ahogy a beteg érdeke leginkább megkívánja.”
4. Az orvosnak kötelessége megóvni betegei egészségét, azokét is, akik orvosi kutatás résztvevői. Az orvos legjobb tudása és lelkiismerete szerint teljesíti ezt a kötelességét.

5. Az orvostudomány fejlődése olyan kutatáson alapul, amely végső soron embereken végzett tanulmányokra is kiterjed.
6. Az embereken végzett orvosi kutatás elsődleges célja a betegségek kialakulásának és hatásainak megértése és a különböző preventív, diagnosztikai és terápiás intézkedések (módszerek, eljárások, kezelések) javítása. Kutatás által még a legjobban bevált kezeléseket is folyamatosan ellenőrizni kell a biztonság, hatékonyság, elégségesség, rendelkezésre bocsáthatóság és minőség szempontjából.
7. Az orvosi kutatás olyan etikai szabványok szerint működik, amelyek elmélyítik és biztosítják az ember megbecsülését, védelmezik egészségét és jogait.
8. Az orvosi kutatás elsődleges célja ugyan az új ismeretek szerzése, de ez a cél sohasem helyezhető a kísérleti személy jogai és érdekei elé.
9. Az orvosi kutatásban részt vevő orvos kötelessége megvédeni a kísérleti személy életét, egészségét, méltóságát, testi-lelki épségét, önrendelkezési jogát, magánéletét, s személyes adatait titokban tartani. A kísérleti személy védelmének felelősségét minden esetben az orvosnak vagy egy másik, gyógyító hivatást gyakorló személynek kell vállalnia, de semmi esetre sem a kísérleti személynek, még akkor sem, ha beleegyezését adta hozzá.
10. Az orvosoknak figyelembe kell venniük a saját országuk etikai, jogi és hatósági előírásait és szabványait, valamint a mérvadó nemzetközi normákat és szabványokat. Semmilyen nemzeti vagy nemzetközi etikai, jogi vagy hatósági előírás nem csökkentheti vagy szüntetheti meg a kísérleti személyek védelmére a jelen nyilatkozatban lefektetett követelményeket.
11. Az orvosi kutatásokat úgy kell folytatni, hogy azok a lehető legkevesebb környezeti kárt okozzák.
12. Orvosi kutatást embereken csak azok végezhetnek, akik etikai és tudományos szempontból megfelelő képzéssel, gyakorlattal és minősítéssel rendelkeznek. Betegekkel

vagy egészséges önkéntesekkel végzett kísérleteket csak kompetens és megfelelően képzett orvos vagy más, gyógyító hivatást végző személy felügyelete mellett szabad folytatni.

13. Azoknak az embercsoportoknak, akik nem számarányuknak megfelelően vannak képviselve az orvosi kutatásban, a kutatáshoz való méltányos hozzáférést kell biztosítani.
14. Azok az orvosok, akik a kutatás során betegeket is kezelnek, betegeiket csak úgy vonhatják be a kutatásba, ha igazolható, hogy ennek valamilyen lehetséges preventív, diagnosztikai vagy terapeutikai haszna van, és ha az orvos joggal feltételezi, hogy a kutatásban való részvétel a kísérleti személyként szolgáló beteg egészségét nem fogja hátrányosan befolyásolni.
15. Biztosítani kell, hogy azok a kísérleti személyek, akik a kutatásban való részvételük miatt kárt szenvedtek, méltányos kártérítést és kezelést kapjanak.

Kockázat, többletteher és haszon

16. Az orvosi gyakorlatban és az orvosi kutatásban a legtöbb intézkedés kockázattal és többletterheléssel jár. Orvosi kutatást embereken csak abban az esetben szabad folytatni, ha a remélt cél jelentős mértékben meghaladja azt a kockázatot és többletterhelést, amelynek a kísérleti személy ki van téve.
17. Az embereken végzett orvosi kutatásnál minden esetben előzetesen mérlegelni kell, hogy mi a nagyobb: az előre várható kockázat és terhelés, amelynek a kutatásba vont személyek vagy csoportok ki vannak téve, vagy ugyanezeknek, illetve a kutatási helyzet miatt érintett más személyeknek és csoportoknak az előre látható nyeresége. Intézkedni kell annak érekében, hogy a kockázat minél kisebb legyen. A kutató folyamatosan ellenőrizze, becsülje fel és dokumentálja ezeket a kockázatokat.

18. Orvosok csak akkor vegyenek részt emberen végzett kutatásban, ha meggyőződtek arról, hogy a kutatással kapcsolatos kockázatokat kellően felbecsülték és azokat megnyugtató módon kezelni tudják.
    Mihelyt kiderül, hogy nagyobb a kockázat, mint a lehetséges haszon, illetve ha a jól kiszámítható eredménynek biztos jelei vannak, az orvosoknak kell eldönteniük, hogy a kutatást folytatják-e, változtatnak-e rajta vagy haladéktalanul lezárják.

Sérülékeny csoportok vagy személyek

19. Vannak csoportok és egyes emberek, akik különösen sérülékenyek, és nagy a valószínűsége annak, hogy őket méltánytalanul kezelik vagy másoknál több kárt szenvednek. Minden ilyen sérülékeny csoport vagy egyes ember különleges védelmet igényel.
20. A sérülékeny csoporton végzett orvosi kutatás csak abban az esetben jogosult, ha a csoport egészségügyi igényeire és prioritásaira tekintettel tud lenni, és ha az adott kutatást más, nem sérülékeny csoporton nem lehet elvégezni. A csoport ráadásul tudjon majd hasznot húzni a kutatásból eredő tudásból, alkalmazásokból és intézkedésekből.

Tudományos követelmények és kutatási jegyzőkönyvek

21. Az emberekkel végzett orvosi kutatásnak elismert tudományos alapelvek mentén kell történnie, a tudományos szakirodalom alapos ismeretére, más idevágó ismeretforrásokra, kellő mennyiségű laboratóriumi kísérletre, és ha szükséges, állatkísérletekre kell épülnie. Vigyázni kell a kísérleti állatokkal való helyes bánásmódra.
22. Az emberekkel végzett minden egyes tudományos kutatás tervét és levezetését tanulmányi jegyzőkönyvbe kell foglalni és igazolni.
    Ennek a jegyzőkönyvnek tartalmaznia kell a felhasznált etikai elgondolások magyarázatát, és ki kell derülnie belőle, hogyan vették figyelembe e nyilatkozat alapelveit.

A jegyzőkönyvnek adatokat kell tartalmaznia a finanszírozásról, a támogatókról, intézményi kapcsolatokról, esetleges érdekütközésekről, a kísérleti személyek motivációjáról, valamint arról, hogy milyen előzetes intézkedéseket foganatosítottak azoknak a kezelésére és/vagy kárpótlására, akik a tudományos kísérletekben való részvételükkel kárt szenvedtek.

Klinikai kutatásoknál a jegyzőkönyvnek tartalmaznia kell, hogy milyen szükséges intézkedések történtek a kutatás befejezése utáni időre nézve.

Kutatási etikai bizottságok

23. A kutatási jegyzőkönyvet a kutatás megkezdése előtt mérlegelés, állásfoglalás, tanácsadás és jóváhagyás végett be kell mutatni az illetékes kutatási etikai bizottságnak. Ennek az etikai bizottságnak munkamódszerében áttekinthetőnek, a kutatótól és a támogatótól függetlennek, minden meg nem engedett befolyástól mentesnek kell lennie és megfelelő szakképesítéssel kell rendelkeznie. A bizottságnak tiszteletben kell tartania azon ország vagy országok törvényeit és rendeleteit is, ahol a kutatás folyik, és figyelembe kell vennie a mérvadó nemzetközi szabványokat, amelyek viszont nem gyengíthetik, sem nem érvényteleníthetik a kísérleti személyeknek a jelen nyilatkozatban foglalt védelmét.

Az etikai bizottságnak joga van a folyamatban levő kutatásokat felügyelni. A kutató köteles az etikai bizottságot menet közben tájékoztatni, különösen mindennemű súlyos vagy nem kívánatos eseményre vonatkozóan. Az etikai bizottság mérlegelése és beleegyezése nélkül a jegyzőkönyvön nem szabad változtatni. A kutatás végén a kutatók zárójelentést terjesztenek a bizottság elé, amely összefoglalja az eredményeket és levonja a kutatás következtetéseit.

Magánélet és magántitok

24. Minden elővigyázatossági intézkedést meg kell hozni annak érekében, hogy a kísérleti személy magánéletét és személyes információi titkosságát megóvjuk.

Tájékozott beleegyezés

25. A beleegyezésre képes személyek részvétele orvosi kutatásban csak önkéntes lehet. Bármennyire jó, ha családtagokat vagy a közösség vezető személyiségeit is megkérdezik, egyetlen beleegyezésre képes személyt sem lehet bevonni a kutatási tervbe, ha nem egyezik bele önként.
26. A beleegyezésre képes személyekkel folytatott orvosi kutatásnál minden potenciális kísérleti személyt megfelelő módon tájékoztatni kell a kutató céljairól, módszereiről, anyagi forrásairól, esetleges érdekütközésekről, intézményi kapcsolatokról, a kutatás várható hasznáról, esetleges kockázatairól, a vele kapcsolatos lehetséges kellemetlenségekről, a kutatás befejezése után tervezett intézkedésekről és általában a kutatás minden fontos szempontjáról. A kiválasztott kísérleti személyt fel kell világosítani arról, hogy joga van megtagadni a kutatásban való részvételt vagy a már megadott beleegyezését bármikor visszavonni anélkül, hogy ebből bármilyen hátránya lenne. Nagyon kell figyelni arra, hogy a kísérletre kiválasztott személynek sajátos tájékoztatási elvárásai lehetnek, de arra is, hogy a tájékoztatást milyen módon közöljük vele.
    Miután meggyőződött arról, hogy a kiszemelt kísérleti személy megértette ezeket az információkat, az orvos vagy más, megfelelően képesített személy kérjen a kísérleti személytől önkéntes „tájékozott beleegyezést”, lehetőleg írásos formában. Ha nem tud írásos beleegyezést adni, akkor szóbeli beleegyezését formailag igazolni és dokumentálni kell.
    Az orvosi kutatásban részt vevő minden kísérleti személynek lehetővé kell tenni, hogy a kutatás általános menetéről és eredményeiről tájékoztatást kapjon.

27. Amikor a tudományos kutatásban való részvételhez megalapozott beleegyezést kér, az orvosnak nagyon óvatosan kell eljárnia, ha azt látja, hogy a kísérletre kiválasztott személy túlságosan függő viszonyban van orvosával, vagy ha kényszerből egyezne bele. Ilyen helyzetekben a tájékozott beleegyezést olyan megfelelően képzett személynek kell kérnie, aki minden tekintetben kívül áll az ilyen viszonyon.
28. Olyan potenciális kísérleti személy esetében, aki beleegyezésre képtelen, az orvosnak a beteg jogi képviselőjétől kell tájékozott beleegyezést kérnie. Az ilyen személyek nem vehetnek részt olyan tudományos kutatásban, amely nekik valószínűleg nem fog használni, kivéve, ha a kutatás szándéka szerint javulni fog annak a csoportnak az egészségi állapota, amelyhez a potenciális kísérleti személy tartozik, ha a kutatás nem végezhető tájékozott beleegyezésre képes személyekkel, és ha a kutatás csak minimális kockázattal és többletterheléssel jár.
29. Ha a kísérletre kiszemelt személyt beleegyezésre képtelennek minősítették, ám mégis képes dönteni a kutatásban való részvételéről, az orvosnak a törvényes képviselő beleegyezése mellett meg kell szereznie a kísérleti személy hozzájárulását is. Ha a kísérletre kiszemelt személy mégis megtagadná részvételét, azt tiszteletben kell tartani.
30. Olyan személyeket, akik fizikai vagy szellemi értelemben beleegyezésre képtelenek, például eszméletlen állapotban vannak, csak akkor szabad orvosi kutatásba bevonni, ha a csoportkísérletben éppen azt a fizikai és szellemi állapotot vizsgálják, amely őket beleegyezésre képtelenné tették. Ilyen körülmények között az orvosnak meg kell szereznie a jogi képviselő tájékozott beleegyezését. Ha az adott időszakban nincs ilyen képviselő, és a kutatást nem lehet halasztani, a kutatást csak azzal a feltétellel lehet beleegyezés nélkül folytatni, ha a kutatás jegyzőkönyvébe beírták, mi a különleges oka a beleegyezésre képtelen személy részvételének, és ha a kutatási etikai bizottság ezt a jegyzőkönyvet jóváhagyta. A kutatásban való további részvételhez minél

hamarabb meg kell szerezni a kísérleti személy vagy jogi képviselője beleegyezését.

31. Az orvosnak részletesen tájékoztatnia kell a beteget kezelésének a kutatással kapcsolatos kérdéseiről. Ha a beteg nem akar részt venni a kutatásban, vagy úgy dönt, hogy kilép belőle, ez nem szabad, hogy hátrányosan befolyásolja a beteg és orvosa viszonyát.
32. Azonosítható, például úgynevezett „biobankokban" vagy hasonló helyeken őrzött emberi testrészekkel, maradványokkal vagy adatokkal végzett orvosi kutatások esetén ezeknek az anyagoknak és adatoknak az összegyűjtése, megőrzése vagy újra felhasználása érdekében az orvosok kötelesek tájékozott beleegyezést kérni. Kivételes helyzetben előfordulhat, hogy az ilyen kutatáshoz lehetetlen vagy nem célszerű beleegyezést szerezni. Ilyen esetekben csak a kutatási etikai bizottság mérlegelése és jóváhagyása után végezhető a kutatás.

A placebo használata

33. Új kezelés bevezetésekor annak hasznát, kockázatait, többletterhelését és hatékonyságát össze kell hasonlítani a korábbi, bizonyítottan legjobb kezeléssel, kivéve az alábbi esetekben:
    - ha nem volt korábbi, igazolható kezelés, megengedhető a placebo használata, illetve a kezelés elhagyása, vagy
    - ha egy kezelés hatékonyságának vagy biztonságosságának megállapítása érdekében, kényszerítő okokból, vagy tudományosan igazolt módszeri okokból szükségessé válna a bizonyítottan legjobb kezelés helyett a kevésbé hatékony kezelés, illetve a placebo alkalmazása vagy a kezelés elhagyása,
    - ha a betegek, akik a bizonyítottan legjobb kezelés helyett a kevésbé hatékony kezelést, illetve a placebót

kapják vagy elmarad a kezelésük, nincsenek kitéve súlyos, helyrehozhatatlanul káros kockázatnak a bizonyítottan legjobb kezelés elmaradása miatt.

Nagyon nagy gonddal kell vigyázni, hogy az utóbbi lehetőséggel senki ne élhessen vissza.

Utókezelések a kutatás befejezése után

34. A klinikai kutatás előtt a támogatók, a kutatók és a kutatásban részt vevő országok kormányai intézkedjenek előzetesen arra nézve, hogy azok a résztvevők, akiknek még utókezelésre lesz szükségük, megkapják a kutatás során bevált gyógyszereket. A résztvevőket erre vonatkozóan már az előzetes felvilágosítás és a beleegyezési eljárás során tájékoztatni kell.

A kutatás nyilvántartása, eredményeinek közlése és terjesztése

35. Minden, kísérleti személyek bevonásával tervezett kutatást be kell jegyeztetni – még az első kísérleti személy felvétele előtt – egy nyilvános adatbankba.
36. A kutatóknak, a szerzőknek, a támogatóknak, a szerkesztőknek és a kiadóknak egyaránt vannak etikai kötelezettségei a kutatási eredmények közzétételével és terjesztésével kapcsolatban. A kutatók kötelesek embereken végzett kutatásaik eredményét nyilvánosan hozzáférhetővé tenni és kezeskedniük kell arról, hogy beszámolójuk pontos és hiánytalan. Minden résztvevőnek követnie kell az etikus beszámolókra („ethical reporting") vonatkozó elismert iránymutatásokat. Negatív és nem meggyőző eredményeket ugyanúgy közzé kell tenni, mint a pozitív eredményeket, vagy egyéb módon nyilvánosságra hozni. A kiadványban meg kell említeni a bevételi forrásokat, az intézményi kapcsolatokat és az érdekütközéseket. A jelen nyilatkozat alapelveivel nem egyező kutatásokról szóló jelentéseket nem szabad közlésre átvenni.

Ki nem próbált eljárások a klinikai gyakorlatban

37. Ha egyedi esetben a beteg kezeléséhez nincs kipróbált eljárás, vagy más ismert eljárások hatástalanok voltak, az orvos, miután kikérte szakértő tanácsát és beszerezte a betegtől vagy törvényes képviselőjétől a tájékozott beleegyezést, alkalmazhat ki nem próbált eljárást is, ha megítélése szerint az ilyen kezelés a beteg életét mentheti meg, helyreállíthatja egészségét vagy enyhíti szenvedését. A ki nem próbált eljárást utólag szakszerű kutatás tárgyává kell tenni, hogy biztonságosságát és hatékonyságát ki lehessen mutatni. Az új információkat minden ilyen esetben fel kell jegyezni, s ha szükséges, publikálni is kell.

7.8 Összefoglalás

Az ember méltóságának és jogainak tiszteletben tartása minden ápolási etika elengedhetetlen feltétele. Ugyanez érvényes az orvosi etikára és a betegápolással kapcsolatos kutatásra is. Az ápolásra szoruló emberek java és önrendelkezéshez való joga minden betegápolási etika középpontjában áll. Erre épül a beteg tájékoztatáshoz való joga és a „tájékozott beleegyezés”. Magukban foglalják az információhoz való jogot és a tájékozott informált elvet. Az önrendelkezés mellett szükség van az ápolásra szorulók védelmére is. Minden idevágó etikai dokumentum központi fogalma a felelősség. A felelősséget nemcsak jogi, hanem erkölcsi értelemben is kell érteni. A betegápolók felelősek a betegért, illetve a rászorulóért, saját magukért, a hivatásukért, a kollégáikért, felelősek a társadalomért és a környezetért. Az általános ápolásetikai alapelvek minden feladatkörre és a rászorultak minden csoportjára vonatkoznak. Ezeket szükség esetén minden feladatkörre és a rászorultak minden külön csoportjára (például gyermekekre, pszichiátriai betegekre, idős emberekre) vonatkozóan konkretizálni és részleteiben megvalósítani kell. Az alapvető emberi jogok és a betegek jogai mindenkinek ugyanazok.

7.9 Irodalom

Bielefeldt, H.: Philosophie der Menschenrechte. Grundlagen eines welteweiten Freihetsethos. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1998.

Heidelmeier, W.: Die Menschenrechte. Erklärungen, Verfassungsartikel, Internationale Abkommen. Schöningh, Paderborn [4]1997.

Sass, H.-M.: Medizin und Ethik. Reclam, Stuttgart, 1989.

Schaupp, W.: Der ethische Gehalt der Helsinki-Deklaration. Eine historisch-systematische Untersuchung der Richtlinien des Weltärztebundes über biomedizinische Forschung am Menschen (Forum Interdiszciplinäre Ethik, vol. 7). Peter Lang, Frankfurt a.M. etc., 1993.

8 AZ ETIKAI ÍTÉLETALKOTÁS LÉPÉSEI

Hogyan lehet konkrét esetben etikai ítéletet alkotni? Hogyan lehet a különböző cselekvési alternatívák között mérlegelni és saját etikai döntésünket indokolni? Hogyan biztosítható, hogy egy konkrét helyzet megoldásába minden érintettet kielégítő módon bevonjunk? És hogyan viselkedjünk az úgynevezett határhelyzetekben? Ez a fejezet az etikai ítéletalkotás konkrét modelljét mutatja be.

8.1 Etikai módszerek és azok korlátai

Az orvoslás és betegápolás mindennapjaiban az etikai döntések meghozatalának különböző mintái vannak (vö. Lay 2012, 244. skk.). Néhány ezek közül a betegápolási folyamat, illetve az ápolástervezés lépéseit írja le, mint például V. Tschudin modellje (Tschudin 1988, 108. skk.), amelyet M. Arndt (1996) és A. van der Arend is (1998) átvett. Ezek a lépések:

1. a probléma felismerése,
2. tervezés,
3. végrehajtás,
4. értékelés.

Ennek a modellnek előnye, hogy a gondozás gyakorlatára összpontosít. Az etikai problémát és annak megoldását a következő lépésekben közelíti meg: Az 1. lépésben az etikai értékeket keresik, a 2. lépésben pedig a velük feltehetően összeütközésben álló etikai elveket. Itt kerül sor az erkölcsi javak mérlegelésére. A 3. és 4. lépésben pedig az a kérdés, hogy miként lehet a megtalált megoldást etikus módon érvényesteni (vö. Schadewaldt 2009). Ezt a modellt az értéketika alkalmazási próbájának lehet tekinteni, amelyben minden szabályt az értékekből vezetnek le. Mindenesetre az értékek, szabályok, elvek és javak fogalmi megkülönböztetése még nem tisztázott. A modell egyoldalúan előnyben részesíti az etika normatív értelmezését a leíró-hermeneutikai módszer kárára.

Gordijn és Steinkamp úgynevezett „nimwegeri modellje” (2005, 217. skk.) hasonló lépéseket követ:

1. a probléma
2. tények és adatok
3. értékelés
4. határozathozatal.

Formai szempontból ez a modell sem sajátosan etikai módszert ír le.

Viszont igazi etikai döntéshozatalról szól van der Arend modellje (1998, 60. skk.), amely külön rákérdez az etikai szempontokra. A tizenegy lépésből álló modell a 4. és az 5. lépésben tematizálja az érintettek személyes és hivatásbeli értékeit és érdekeit, majd a 6. lépésben az erkölcsi elveket, értékeket és szabályokat.

Az etikai ítéletalkotás alábbi vázlata D. Langétól származik (vö. Lange 2002, 508. skk.). Emlékeztet van der Arend 11 lépéses programjára, de még pontosabban foglalja össze a döntéskeresés etikai szempontjait. Langéval együtt mi is hangsúlyozzuk, hogy a módszertani keret hasznos lehet az etikai ítéletalkotás észszerűsége szempontjából. Csak így lehet ellenőrizhetően és a kritika számára elérhető módon érvelni. **De az ítéletalkotás egyetlen modellje sem nyújt biztosítékot arra nézve, hogy konkrét cselekvésünk valóban „helyes” vagy „jó”. Az etikai mérték nem úgy működik, mint az ápolási mérték.** A betegápolási etika vagy az orvosi etika szakértőit (lásd fent 6.3) az jellemzi, hogy az etikai kérdéseket nem pusztán sablonszerűen, hanem beleérzéssel, korábbi tapasztalataik alapján próbálják megoldani. Mindenekelőtt pontosan tudják, hol kell minden olyan próbálkozással megállni, amely túl egyszerű megoldást ígér.

Az etikai konfliktusok gyakran olyan **dilemmákhoz** vezetnek, amelyek rendjén akár tettünk valamit, akár elmulasztottunk valamit, erkölcsi (és nem feltétlenül büntetőjogi) értelemben **vétkesekké váltunk**. Sem erkölcsi ösztöneink, sem etikai ítéletalkotásunk módszerei nem védenek meg a tragikus és végső soron feloldhatatlan konfliktusoktól, amelyekben nemcsak elnézést remélhetünk, hanem megbocsátásra is szorulunk. A valóságos élethez tartozik annak megtapasztalása, hogy az erkölcsi jó gyakran nem nyilvánvaló, hanem el van

rejtve, de ugyanúgy hozzátartozik az a tény is, hogy az emberek néha úgy vélik, tudják, mi a jó, de cselekedni nem cselekednek.

- **Kérdések:**

  Volt olyan helyzet eddigi tapasztalataim során, amelyet én vagy a csoportom etikai határesetnek vagy igazi dilemmának tekintett? Mit tettem ebben a helyzetben? Úrrá tudtam-e lenni a helyzeten, vagy inkább tehetetlen voltam? Volt-e utólag akár nekem, akár más érintettnek bűntudata? Kivel tudtam megvitatni ezt a helyzetet és saját etikai konfliktusomat?

8.2 Az etikai ítéletalkotás modellje D. Lange szerint

Lange sémája a következő lépéseket tartalmazza:

1. A helyzet elemzése

- A konfliktus előzetes meghatározása (érdekek, szabályok, szerepelvárások)
- A külső tények megállapítása (a szükséges szaktudás megszerzése, diagnózis)
- Az érintettek belső helyzetének megértése (lelki hangulat, élettörténet/szocializáció, hivatásethosz, lelkiismereti orientáció, vallási hozzáállás).

2. A szubjektív feltételek ellenőrzése

- lehetőségek és korlátok
  - az empátia lehetősége és korlátai
  - az intellektuális és gyakorlati készségek lehetősége és korlátai
  - a megszerzett vagy elérhető tudásszint lehetősége és korlátai
  - a teljes személyes kiálláshoz szükséges lelki és testi erő lehetősége és korlátai
  - a szakszerű döntéshez szükséges (de stressz, elfogódottság, önző érdekek miatt megszüntethető) távolság lehetősége és korlátai
- Az együttműködés lehetőségeinek megállapítása.

3. A konfliktus pontos meghatározása

- az eddig ismert tényezők összefonódása
- a különleges helyzet kijelölése az érintettek és a gondozásban résztvevők általános helyzetén belül (közerkölcs, társadalmi előítéletek, intézményi körülmények – például a kórház vagy kórházi osztály belső rendje és „vállalati filozófiája” –, jogi keret, gazdasági és politikai összefüggések, intellektuális-szellemi állapot)
- az egymással szembefeszülő erők, érdekek stb. pontos felmérése.

A betegápolásban és az orvoslásban nagyon sok etikainak látszó probléma valójában kommunikációs probléma. A modell fenti három lépése a következő kérdés tisztázásában tud segíteni: Tényleg etikai jellegű az adott probléma? Mi az etikai elem a konkrét konfliktushelyzetben?

4. A magatartási alternatívák mérlegelése

- a meglévő tényleges cselekvési lehetőségek megállapítása
- ezek várható következményeinek számbavétele (rövid és hosszú távú, korlátozott és messzemenő következmények)
- a rendelkezésre álló eszközök számbavétele, műszaki és etikai (!) alkalmazhatóságuk és viszonylagosságuk megvizsgálása.

5. A mértékek/mércék átgondolása (vö. a 6.2 fejezettel)

- Az emberség és az emberi méltóság kritériumán alapuló konkrét szabályok összegzése:
  - az élet védelme és az élethez való jog
  - lelki és testi integritás
  - autonómia és az egyéni felelősség gyakorlása (ne feledjük, hogy a beteg ember rászorultsága miatt a kommunikációs helyzet aszimmetrikus!)
  - a szabályok mérlegelése és a hatályos társadalmi normákhoz való viszonyuk meghatározása etikai kódexek felhasználásával (vö. a 7. fejezettel)

- annak felülvizsgálata, hogy a mérce a) általánosítható-e és b) méltányos-e az adott helyzetre nézve
- a szakszerű és higgadt közvetítésre vonatkozó szabályok átgondolása (egymással ellentétes célok és indokok kibékítése, a cél és az eszköz helyes viszonyának meghatározása: a cél nem szentesíti az eszközt! A kívánt eredmény nem folyhat be az elvek megfogalmazásába)

6. Az erkölcsi javak mérlegelése

- a viszonylag legnagyobb elérhető jól-lét és a viszonylag legkisebb kár meghatározása.

7. Döntés

- jól megindokolt, azaz érvekkel megalapozott választás a szóba jöhető cselekvési alternatívák között.

8. Ellenőrzés

- mennyiben felel meg az etikai ítélet a közvetítésre vonatkozó szabályoknak
- mennyire kézenfekvő és világos az indoklás
- van-e szerepük a gondozásban résztvevők oda nem illő érdekeinek.

Vigyázzunk arra, hogy itt a határozat gyakorlatba ültetése *előtti* ellenőrzésről, illetve próbáról van szó. Ettől meg kell különböztetni tevékenységünknek és következményeinek utólagos kiértékelését.

8.3 Az egyes esetekre alkalmazott igazságosság

Elméletileg minden etika abból indul ki, hogy az erkölcsi jót általánossá lehet tenni, hiszen **az etikának *mindegyik* erkölcsi alanyt *egyformán* figyelembe kell vennie**. Az etikai ítéletek általánossá tételének követelménye alapvetően az **igazságosság** elvével van összefüggésben. Ugyanúgy, mint a jog területén, az erkölcs és az etika területén is igaz, hogy az általános szabályokat nem lehet az egyes esetekre

mereven alkalmazni, mert akkor igazságtalan, az eredeti erkölcsi szándékkal ellenkező eredmény születik. Ezért vált használatossá az etikai hagyományban az egyes esetre alkalmazott igazságosság, a méltányosság (görögül: epikie), valamint az erkölcsi határeset fogalma.

Az etikai felelősséghez tartozik az ember egyedi jellege és mindenkori sajátos helyzete iránti érzékenység. A teológiai etika szempontjából is kérdéses dolog az egyes embert kizárólag általános szabályok alapján kezelni. A keresztyén hagyomány a **szeretetben** (agapé, caritas) látja a jó élet tulajdonképpeni vezérfonalát. Ám a szeretet minden erkölcsi szabályt felülmúl. Ami viszont semmi esetre sem jelenti azt, hogy szabályokat és előírásokat alapvetően figyelmen kívül lehet hagyni annak a **helyzetetikai** elgondolásnak megfelelően, amely Aurélius Augustinus (354–430) egyházatya félreértett szavaira hivatkozik: „Szeresd az Istent, és tégy, amit akarsz."

De az is igaz, hogy erkölcsi normák és szabályok azzal a fenntartással érvényesek, hogy **vannak egyedi esetek, amelyekre nem vonatkozhatnak, és amelyeket nem is lehet e szabályok szerint kezelni.** Ezért is van a lelkiismereti szükségállapot. Természetesen az sem etikus, ha minden helyzetet lelkiismereti kérdésnek vagy határesetnek nyilvánítunk. **Egyedi esetre alkalmazott igazságosság és határeset csak ott van, ahol vannak közönséges esetekben követhető általános szabályok.** Az etikai ítéletalkotás feladata a konkrét esetben először is az, hogy megértsük, melyek azok a szabályok, amelyek a szeretet kedvéért, vagyis a másik, talán éppen elesett, sebezhető ember védelme és támogatása érdekében érvényesek és fontosak. Ha ezt tisztáztuk, az is a konkrét döntés mérlegeléséhez tartozik, hogy figyelembe vegyük azokat a határeseteket és egyedi eseteket, amelyekre nem lehet ráhúzni az általános szabályokat.

8.4 Összefoglalás

Az etikai ítéletalkotás egyrészt erkölcsi intuíciókon alapul, másrészt olyan eljárási szabályokon, amelyeket meg lehet és meg kell tanulni. Még ha minden esetet önmagában kell is értékelni, vannak standard helyzetek, illetve tipikus esetek, amelyekből az általános szabályok és iránymutatók levonhatók. Az etikai kompetenciához és felelősséghez

tartozik persze, hogy érzékenyek legyünk az egyes ember, az ő egyedülálló személye és sajátos helyzete iránt. Az etikai ítéletalkotás minden megtanulható szabályának és eljárási technikájának az az előfeltétele, hogy mindig vannak egyedi esetek, amelyek fittyet hánynak a szabályokra. Az etikai kompetencia nemcsak az egyéni felelősség és az esetenkénti igazságosság vállalását jelenti, hanem azt is, ha elismerjük: vannak olyan etikai dilemmák, amelyekben az erkölcsi mulasztás elkerülhetetlen. Határesetek persze csak ott vannak, ahol az ítéletalkotásnak vannak rend szerint követhető általános szabályai és eljárásai.

8.5 Irodalom

Fischer, J.: Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie. Teologischer Verlag Zürich, Zürich 2002, 51–75 (Kap. 3).

Fry, S. T.: Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zu ethischen Entscheidungsfindungen. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Eschborn 1994.

Irrgang, B.: Grundriss der medizinischen Ethik (UTB 1821). Reinhardt, München/Basel 1995, 85–95 (Kap. 2.5).

Lange, D.: Ethik in evangelischer Perspektive. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992 (508. skk.).

Lay, R.: Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover [2]2012, 244. skk.

Schadewaldt, V.: Das Entscheidungsmodell von Verena Tschudin in der Anwendung, in: Pflegezeitschrift 62 (2009), 522–525.

Thompson, C./McCaughan, D./Cullum, N./Sheldon, T. A./Mulhall, A./Thompson, D. R.: Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful?, in: Journal of Advanced Nursing 36 (2001/3), 376–388.

9 A KLINIKAI ETIKATANÁCSOK MŰKÖDÉSE

Mind az egyes betegápolónak, mind munkaközösségének naponta kell etikai döntéseket hoznia. Egyes esetekben hasznos lehet, ha külső fórumtól tudunk erkölcsi tanácsot kérni. Ezt szolgálják a klinikai etikatanácsok, amelyek német nyelvterületen még nincsenek mindenütt jelen. Hogyan működnek ezek a tanácsok és kik alkotják őket? Ez a fejezet rövid tájékoztatást nyújt a klinikai etikai tanácsok feladatáról és működési módjáról.

9.1 Etika a kórházban

Az orvosi etika és a betegápolói etika gyakorlati formájaként fejlődött ki – az Egyesült Államokból kiindulva – egy sajátos kutatási és munkaág, amelyet **klinikai etikának** („clinical ethics") neveznek. Ennek az a célja, hogy előmozdítsa a gyógyító és ápolószemélyzet gyakorlati etikai rátermettségét (vö. fentebb a 6.3 és 6.4 pontokkal). A kórházban különböző formában találkozunk az etikával. Az egyik közülük a **klinikai etikatanács**.

Legfőképpen három indoka van a klinikai etikatanács létrehozásának: Először, hogy az orvosi technika fejlődése és a társadalmi változások következtében egyre nagyobb igény van az etikai tájékoztatásra. Másodszor a hitelesítéssel kapcsolatos eljárások miatt. Az Egyesült Államokban például 1991 óta a kórházat csak akkor akkreditálják, ha van benne etikatanács. Ilyen hitelesítési program Németországban a proCum Cert és a KTQ (Együttműködés a kórházak átláthatósága és minősége érdekében). Harmadszor a klinikák/kórházak és diakóniai intézmények küldetésnyilatkozatában is szerepet játszik az etika.

Német nyelvterületen leginkább a felekezeti kórházak támogatják a klinikai etikatanácsok szervezését. A protestáns és a római katolikus kórházszövetség 1997-ben közös kezdeményezésbe fogott. A klinikai

etikatanácsok száma azonban még így is túl kevés. Németországban körülbelül 2.400 kórház van, ennek egyharmada felekezeti. 2002-ig mintegy 70 felekezeti kórházban állítottak fel klinikai etikatanácsot, de a nem felekezeti kórházak közül csak hatban.

A klinikai etikatanácsokkal szemben még számos fenntartás van, például, ha a többség véleménye szerint a kórházukban eddig is hoztak helytálló etikai döntéseket, nincs szükség klinikai etikatanácsra. Még mindig széles körben elterjedt az a félelem, hogy a klinikai etikatanácsok, bár csak tanácsadó szerepet töltenek be és semmiféle utasítási joguk nem lesz, gyámkodni fognak azok felett, akik a tulajdonképpeni felelősséget hordozzák.

Azt is hangsúlyoznunk kell, hogy nem egyedül a klinikai etikatanácsok képviselik az etikát a kórházban (vö. Kettner/May 2002). Az etikatanácsok mellett ott van például a konkrét esetekben ad hoc összehívható **etikai konzílium** (Reiter-Theil 1999). A kezeléssel kapcsolatos nehezebb döntések esetében vagy egyénileg adnak tanácsot, vagy több, elsősorban az orvosi etika és az orvosi jog területéről hívott szakember bevonásával. Az ilyen esetekhez jó lenne bevonni az ápolási etika szakembereit is, akiket az eddig ismert leírásokban alig-alig említenek. A tanácsot kérő személy választhat: vagy az egyéni tanácsadást vagy a teljes kórházi konzíliumot veszi igénybe. A gyakorlati tapasztalatok azt mutatják, hogy egyes kórházakban mind fogékonyabbak az etikai kérdések iránt, ezért az esetenkénti tanácsadást a központi etikatanács helyett az adott kórház etikai bizottsága végzi.

Az etikatanácsok és az etikai konzíliumok mellett vannak olyan próbálkozások, mint az úgynevezett **etikafórumok,** ahol általánosságban orvosetikai vagy ápolásetikai kérdéseket beszélnek meg, de konkrét eseteket nem. Nyílt vitaüléseket is szoktak szervezni **„etikakávézó”** néven, amelyre a betegek éppúgy elmehetnek, mint az intézmény munkatársai.

Minden esetben az a fontos, hogy a klinikai etikatanács nem elszigetelten végzi munkáját, hanem más vitafórumokkal és munkaközösségekkel való párbeszédben. Így például az etikakávézóban elhangzott kérdések és javaslatok segítséget jelenthetnek az etikatanácsnak abban, hogy milyen kérdésekre fektessenek hangsúlyt. Átláthatóság és nyitottság szükséges ahhoz, hogy az etikatanácsok meglétével és munkájával kapcsolatos fenntartásokat meg lehessen szüntetni.

A klinikai etikatanácsoktól vagy az etika kérdéskörében kialakított más szervezeti formáktól különböző dolgokat várnak el. Egyrészt azt remélik a klinikai etikatanácstól, hogy meg fogja oldani a kórházak mindennapjaiban felmerülő etikai konfliktusokat. Másrészt az a feladatuk, hogy a kezelési folyamatokban általánosságban jelentkező etikai alternatívákat példaszerűen „dolgozzák fel". Harmadsorban tegyék lehetővé a kórház munkatársai számára az etikai továbbképzést. Az etikatanácsok feladata arról gondoskodni, hogy az olyan erkölcsi értékek, mint a testi-lelki épség, az emberiesség és a tolerancia ne sérüljenek. Egyes hivatáscsoportok azt is remélik, hogy a klinikai etikatanácsok hozzájárulhatnak a kórház működésének és szervezetének demokratizálásához, különösen abban a tekintetben, hogy az orvosokéhoz viszonyítva a betegápolói tevékenység is felértékelődjék.

Persze vigyáznunk kell arra, hogy ne legyenek túlzó elvárásaink, és hogy a kérdések etikai kérdésként való megbeszélésével valóban elértük a gondok remélt csökkenését és a problémás helyzetek erkölcsi „tehermentesítését". Az Armin Nassehi szociológus, valamint Michael Schibilsky és Reiner Anselm teológusok által 2003–2004-ben végzett, a német kutatók társasága által támogatott felmérés eredményei józanságra intenek. Általánosságban elismerik ugyan, hogy az orvosetikai gondolkodásnak mind a kutatásban, mind a gyakorlatban ott a helye, hogy ez a fajta gondolkodás célszerű és jól befolyásolja a közmegegyezést. De a klinikai etikatanácsoknak nem az a tényleges feladatuk, hogy „az" erkölcsöt mindenáron diadalra juttassák, hanem hogy „akadályozzák meg azt a félreértést, amely szerint valamely erkölcsi álláspont feltétel nélküli és visszavonhatatlan tételt jelent" (Nassehi 2004, 38.). A kórházi mindennapokban egy-egy problémát vagy konfliktust gyakran csak úgy tudunk megközelíteni, ha rájövünk, hogy etikai kérdésről van szó. Persze meg kell különböztetni egyrészt a kommunikációs problémákat, másrészt pedig az olyan, a szó szoros értelmében vett etikai kérdéseket, amelyek erkölcsi mércék és elvek konfliktusáról, illetve azok értelmezéséről szólnak. A kommunikációs problémákat és az etikaiakat szigorú értelemben véve, abban az esetben, ha összeférhetetlen normák és erkölcsi viták, el kell választani egymástól. Közvetett módon azonban a kórházban vagy a gondozóotthonban minden kommunikáció etikai kérdés.

Az etikatanács munkájának célja valójában „nem annyira a problémák megoldása, mint inkább a leírása. Az etika ezért elsősorban arra szolgál, hogy egy-egy kérdést pontosan megnevezzünk” (Ley 2005, 308.). Ebben a minőségükben viszont a klinikai etikatanácsok mindenképpen fontos szerepet töltenek be.

9.2 A klinikai etikatanácsok működése

Az etikatanács célja, hogy különböző hivatáscsoportok bevonásával **megvitassa és értékelje a konkrét és egyedi, valamint az általános, de példamutató helyzeteket**. A tanács székhelye mindig valamelyik kórházban van. A nagy kórházaknak jó, ha van saját etikatanácsuk, de a kisebb kórházaknak ajánlatos más kórházakkal együtt létrehozni egy közös tanácsot.

A klinikai etikatanácsok **ügyrendjére** nézve a németországi római katolikus és protestáns kórházszövetség a következőket javasolja:

- A kórház minden egyes érintett munkatársa és betege előterjesztheti a maga etikai problémáját, hogy saját döntéséhez szakvélemény formájában olyan tájékoztatást kapjon, amely kiegyensúlyozottan sorolja fel az érveket és ellenérveket.
- A bizottság elnöke (az etika szakterületén kompetens személyiség, aki jól tud bánni a szakszerű elnöklés eszközeivel és rá tud érezni az orvosi, a betegápolási és a gazdasági kérdésekre) dönt arról, hogy az előterjesztett probléma tárgyalásra érdemes vagy sem.
- Ha tárgyalásra bocsátja, akkor ismertesse a problémát szemléletesen, és mutassa be annak etikai szempontjait egyértelműen, orvosi, ápolási és gazdasági szempontból helytálló alternatívák formájában.
- A tisztázandó kérdések után, az első fordulóban, a kérelmező távollétében összegyűjtik a lehetséges válaszokra vonatkozó érveket és ellenérveket.
- Majd következik a felhozott érvek kiértékelése a tanács tagjainak mindenkori etikai álláspontja alapján. Az etikatanácsnak arra kell törekednie, hogy konszenzusra jusson.
- Ezt követően az elnök javaslatot tesz a kérelmezőnek adandó közös feleletre vonatkozóan. Ha nincs közös álláspont, vagy ha az

nem egyöntetű, akkor a kérdést szavazásra bocsátja. A közös állásponthoz a tagok kétharmados többségére van szükség.

- A klinikai etikatanács állásfoglalásait röviden, írásban rögzítik. Az elnök tájékoztatja a kérelmezőt az eredményről és megmagyarázza neki a tanács álláspontját.
- A kórház fenntartóját vagy más illetékes fórumot tájékoztatni kell az állásfoglalásokról. A tanács állásfoglalásait az intézményen belül megfelelő módon közzé kell tenni, hogy mindenki részt vehessen kórháza etikai öntudatának kialakításában.
- A tanács minden évben beszámolót nyújt be, amelyet megfelelő formában szintén közzé kell tenni.
- Az adatokat név nélkül kell közzétenni. Tiszteletben kell tartani a titoktartási kötelezettséget és az adatvédelmi előírásokat.
- Az egymáshoz hasonló esetekben hozott állásfoglalások alapján idővel *iránymutatásokat* dolgoznak ki. Ezeknek az a szerepe, hogy ismételten fellépő etikai kérdésekben az érintett személyekkel megértesse a tanács érvelési rendszerét.

9.3 A klinikai etikatanács összetétele

A klinikai etikatanácsban **különböző tudományágak** legyenek képviselve. Az összetételnek tükröznie kell azt a körülményt, hogy a tanácsnak a kórházban és annak környezetében komoly háttere van.

A tanács **„folyamatorientáltan”** működik. Ennek megfelelően a tagok kiválasztásakor figyelembe kell venni, hogy az illetők képesek lesznek-e és akarják-e önmagukat, szaktudásukat és ítélőképességüket az előttük álló eljárásba, a „folyamatba” vetni.

- A németországi római katolikus és protestáns kórházszövetség ajánlása szerint a klinikai etikatanácsnak legfeljebb tizenkét tagja legyen, akiket a kórház fenntartója választ.
- A klinikai etikatanács céljáról szóló tájékoztatással és az különböző osztályokon tartott megbeszélésekkel rá kell venni a kórház munkatársait arra, hogy részt vegyenek egy ilyen klinikai etikatanács létrehozásában és munkájában.

- Egy intézményen belül a különböző hivatáscsoportoknak kiegyensúlyozott képviselettel kell rendelkezniük. A tanács tagjai elsősorban
  - az orvoslás területéről,
  - a betegápolás területéről,
  - a kórházigazgatásból,
  - a szociális munkások közül érkezzenek.
- Ezen kívül legyenek olyan tagjai is a klinikai etikatanácsnak, akik nem munkatársai a kórháznak vagy a fenntartó testületnek (vagy más törvényes fórumnak), hanem kívülről jönnek:
  - jogász
  - a tanács tematikájára nyitott magánszemély, aki nem szaktudása segítségével, hanem saját „józan eszével", erkölcsi vagy vallási alapállása felől közelíti meg a problémát
  - lelkipásztor/lelkigondozó, aki az intézményen belülről vagy kívülről jön. Neki a betegek és hozzátartozóik iránti pásztori gondoskodás szempontjait kell képviselnie.

A tanács minden tagját és elnökét meghatározott időre (például három évre) választják.

A tanács működése szempontjából nagyon fontos, hogy minden tag tudatában legyen annak, hogy nem törvényszéket alkotnak, hanem tanácsadói feladatot látnak el. A tanács tagjainak nem feladata az sem, hogy hivatáscsoportjuk érdekeit vagy osztályérdekeket képviseljenek, hanem hogy együttműködjenek és együttműködésükkel segítsenek a döntéshozóknak felelős döntést hozni.

Alaposan meg kell vitatni nemcsak azt a kérdést, hogy **ki az, akit** kezelésben kell részesíteni (ki a „kezelendő **alany**"), hanem azt is, hogy ki vagy kik a **döntéshozók.** Azzal, hogy kiderítettük, kik a döntéshozók, már megtettük az első komoly lépést a jó döntés megtalálásának folyamatában.

Ugyanilyen nehéz azt is tudatosítani, hogy melyek az általános etikai értékek, mert ezek a mai pluralista társadalomban komoly eltéréseket mutatnak – még egy ilyen klinikai tanácson belül is.

▶ **Kérdések:**

Van-e klinikai etikatanács abban a kórházban, ahol éppen képzésen veszek részt, vagy amelyben dolgozom? Vannak-e már tapasztalataim etikakonzíliumokkal vagy a klinikai etikatanácsok működésével kapcsolatban? Ha igen, mit figyeltem meg? Ha a kórházamban még nincs etikatanács, hasznosnak tartanám, ha ilyen intézmény lenne? Látok-e saját munkaterületemen konkrét lehetőséget vagy olyan partnereket, akikkel ezt a gondolatot meg lehetne beszélni?

9.4 Összefoglalás

A klinikai etikatanácsokat meg kell különböztetni az etikai bizottságoktól. Az etikai bizottságok feladata az orvosi kutatási és az ápoláskutatási tervek jóváhagyása. Ezzel szemben a klinikai etikatanácsok megvitatják és jóváhagyják azokat az egyedi helyzeteket, amelyek az orvoslás és a betegápolás mindennapjaiban előfordulnak. A klinikai etikatanácsok összetétele interdiszciplináris, működésük pedig folyamatorientált. A klinikai etikatanács minden állásfoglalása javaslat értékű. Nem tudja és nem is akarja a konkrét esetben felelős személyektől a döntés jogát elvenni. Az egymáshoz hasonló esetekben hozott állásfoglalások alapján a klinikai etikatanácsok iránymutatásokat dolgozhatnak ki, amelyek konkrét esetekben az érintett személyeknek útmutatásul szolgálnak. A klinikai etikatanács egy-egy kórház vagy kórházszövetség etikai kultúrájának fejlesztését és előmozdítását szolgálja.

9.5 Irodalom

Anselm, R. (szerk.): Ethik als Kommunikation. Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen 2008.

Frewer, A./Fahr, U./Rascher, W. (szerk.): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Königshausen & Neumann, Würzburg 2008.

Kath. Krankenhausverband Deutschlands e.V./Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.: Ethik-Komitee im Krankenhaus. Selbstverlag des Kath. Krankenhausverbands Deutschland e.V., Freiburg i.Br. 1997.

Kath. Krankenhausverband Deutschlands e.V./Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e.V.: Ethik-Komitee im Krankenhaus. Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees, magánkiadás, Berlin 1999.

Kettner, M./May, A.: Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven, in: Ethik in der Medizin 14 (2002), 295–297.

Ley, F.: Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation?, in: Ethik in der Medizin 17 (2005), 298–309.

Lilje, Chr.: Klinische 'ethics consultation' in den USA. Hintergründe, Denkstile und Praxis (Medizin in Recht und Ethik, vol. 31). Enke, Stuttgart 1995.

Nassehi, A.: „Wir konnen über alles reden…". Erste Ergebnisse aus einem DFG-Forschungsprojekt über „Klinische Ethik-Komitees", in: Einsichten 1/2004, 36–39.

Reiter-Theil, S.: Ethik in der Klinik – Theorie und Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils, in: Ethik in der Medizin 11 (1999), 222–232.

Steinkamp, N./Gordijn, B.: Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Luchterhand, Neuwied 2003.

10 ETIKA AZ ÁPOLÁSKUTATÁSBAN

A szakszerű betegápolás egyre inkább a tudományra és a kutatásra épül. Akárcsak az orvosi kutatás, az ápoláskutatás is egyre gyakrabban vet fel etikai kérdéseket. Melyek az ápolástudományi kutatás etikai alapjai? Az ápoláskutatásnak melyek azok a területei, amelyek etikai szempontból érzékenyebbek? Ez a fejezet az ápoláskutatás etikai alapjairól kíván tájékoztatni.

10.1 A betegápolás tudománya és az ápoláskutatás

Az angolul „nursing” néven ismert betegápolás az elmúlt évtizedekben egyre inkább tudományra és tudományos kutatásra épülő hivatássá nőtte ki magát. A betegápolásnak mint önálló tudománynak és kutatásnak a kezdetei a 19. századig nyúlnak vissza (vö. Mayer 2003, 30. skk.). Az ápolói hivatások egyetemi szintű képzéssé történő növekedése az angolszász országokból indult el. Azóta majdnem minden európai országban van az egyetemeken ápolástudományi szakirány. Igaz, a német nyelvű országokban az ápolástudományi kutatás még a kezdeteknél tart. Az egyetemeken való intézményes beépülésük lassan megy. Amellett, hogy ápolástudományi szakirányokat indítottak, illetve egyetemi vagy egyetemen kívüli kutatóintézetek létesültek (például a linzi egyetem ápoláskutató intézete, amelynek Bécsben is van egy tagozata, továbbá Eschbornban, valamint a bielefeldi és a witten-herdeckei egyetemen), a klinikákon is folyik ápolástudományi kutatás. Ausztriában az új egészségügyi és betegápolási törvény 1997-es bevezetésével a betegápolás tudományának és az ápoláskutatásnak az alapjai a betegápolók alapképzésének bevett része lett.

Az orvosi kutatások mellett el kell fogadni az ápoláskutatást is mint sajátos, önálló kutatási ágat. Bár a nővérek és a betegápolók általában részt vesznek az orvosi kutatásban, mellette a szakszerű betegápolást is önálló tudományos alapokra kell helyezni.

L. Hockey szerint az ápoláskutatás „olyan, egészségügy területén végzett kutatás, amelyben az ápolónő vállán van a felelősség legnagyobb része. A betegápolási kutatás arra törekszik, hogy az ápolónő – hatékony működése érdekében – még több tudásra tegyen szert (Hockey 1983, 753.).

A „(tudományos) bizonyítékokon alapuló orvoslás" (angolul: evidence based medicine) elnevezés mintájára a tudományos alapon működő betegápolást is lehet „bizonyítékokon alapuló ápolásnak" (evidence based nursing) nevezni.

„Az ápolási kutatás elsődleges célja, hogy tudományosan megalapozott ismeretanyagot hozzon létre, így biztosítsa és javítsa a betegápolás minőségét. Ezáltal az ellátás egész rendszere javulni fog, de az egyes emberek gyógyulási esélyei és életminősége is."

(Mayer 2003, 41)

10.2 Az ápoláskutatás etikai alapjai

A kutatással kapcsolatos minden etikának az az alapvető kérdése, hogy lehet-e egyáltalán a kutatást és különösen az emberre vonatkozó kutatást etikailag indokolni és igazolni. Erre az a feleletünk, hogy a kutatás szabadsága a törvény által is biztosított alapvető jog. A kutatás nemzedékeken átívelő fontos kincsünk: a korábbi nemzedékek kutatásainak mi látjuk a hasznát! Persze a hamis gőg, a gazdasági vagy politikai érdek mindig is veszélyeztetheti a kutatás szabadságát. Az ápolás kutatásának a szabályai általában megegyeznek az orvosi kutatás szabályaival. Az Orvosok Világszövetségének Helsinki–tokiói Nyilatkozata mellett (vö. fentebb a 7.7 ponttal) léteznek kimondottan az ápoláskutatásra kidolgozott etikai kódexek is, mint például a betegápolók nemzetközi tanácsa által 1985-ben kiadott, majd 1996-ban javított „Etikai irányelvek az ápoláskutatáshoz" („Ethical Guidelines for Nursing Research").

Kutatásra sarkallhat a kíváncsiság mint alapvető emberi ösztön, vagy az elismerésre való törekvés. Persze a személyes hiúság és nyereségvágy mellett mindig vannak humanitárius szempontok, mint a világ megjavításának vagy az embereken való segítés motívuma. Annak érdekében, hogy elkerüljük az olyan etikátlan magatartást, mint a plágium, a szellemi tulajdon ellopása, a versenytárs tudatos akadályozása, szükségünk van arra, hogy megtanuljuk és gyakoroljuk a tudományos erényeket és magatartásformákat.

Tudományos erények

Becsületesség, őszinteség, megvesztegethetetlenség, kritikai képesség (önkritika, ideológiakritika), elfogulatlanság, bátorság (de nem könnyelműség), megzabolázott gőg, önzetlenség, másképp gondolkodók értékelése, gondosság, forrásokkal való felelős bánásmód (leginkább azokkal a forrásokkal, amelyeket a társadalom bocsát rendelkezésünkre), készség a nyilvánosság előtti számadásra.

Az emberrel folytatott kutatásnak és az emberen végzett kísérleteknek minden tekintetben védeniük kell a résztvevők emberi méltóságát. A kísérleti alanyok személyiségének és méltóságának védelme azt is jelenti, hogy meg kell óvni őket a puszta eszközzé való lefokozástól. Még ha megtörténik is, hogy emberek fölött részlegesen rendelkezünk, vagy pedig hagyjuk, hogy velünk mások rendelkezzenek, az emberi méltósággal nem lehet összeegyeztetni, hogy az embert teljesen kihasználjuk és idegen, nem a javát szolgáló célok szolgálatában álló eszközzé degradáljuk. Ez az elv érvényes az embereken végzett kutatásra is.

A kanti hagyomány szellemében a kategorikus imperatívusz nemcsak a kutatóra, hanem a kísérleti személyre vonatkozóan is érvényes: óvni kell attól, hogy önmagát eszközzé fokozza le.

Az emberekkel végzett orvosi kutatásnál és ápoláskutatásnál összeütközésbe kerülhetnek a szerepek: egyik oldalon az orvos, illetve a hivatásos betegápoló szerepe, a másik oldalon pedig a kutató szerepe. Ha pedig a kísérleti személy nem egészséges, hanem beteg ember, ő is lehet a szerepcsere áldozata. Míg a gyógykezelés vagy ápolás során ő áll mindennek a középpontjában, addig a kutatásban névtelen tag a kísérleti személyek csoportjában.

Éppen ezért látnunk kell: ahogy általában az orvosi kutatásra, úgy az ápoláskutatásra is érvényes, hogy annak az alanya maga a kísérleti személy. Az ő egészségéről és személyiségi jogairól van szó, amelyeket védenünk kell. Az embereken végzett orvosi kísérleteknek is, az ápoláskutatásnak is elengedhetetlen feltétele a „tájékozott beleegyezés".

Ez azt jelenti, hogy a kísérleti személyt kellőképpen, és számára érthető formában tájékoztatták a kutatás céljáról, a kísérlet menetrendjéről és a kísérletben való részvétel várható eredményéről és kockázatairól. A kísérleti személy legyen beleegyezésre képes, és járuljon hozzá a kutatáshoz szabadon, azaz külső lényszer nélkül. Biztosítani kell neki azt a lehetőséget, hogy a kutatásból bármikor kiszálljon, és korábban adott hozzájárulását visszavonja. A kutatási eredményeket csak név nélkül szabad publikálni. Az adatok és szövetminták értékelésénél és tárolásánál figyelembe kell venni az adatvédelem elveit, hogy illetéktelen harmadik fél semmiképpen ne tudjon következtetni a kutatásban résztvevők kilétére. A kísérleti személyt meg kell védeni minden testi vagy lelki sérüléstől. Ezen kívül teljes körű biztosítás is megilleti.

Az emberi méltóságnak kétségen kívül velejárója az önrendelkezési képesség és az önrendelkezéshez való jog. Hozzátartozik az ember eredendő sérülékenysége is mind testi, mind lelki értelemben. Az embereken végzett kísérletekkor általában számolni kell ezzel a körülménnyel. Az orvostudományban és az ápolástudományban, sőt a lélektan és a társadalomtudományok bizonyos területein folynak olyan kutatások, amelyek különösen sérülékeny embereket és csopor-

tokat, testileg-lelkileg beteg és rászoruló embereket, gyermekeket, váratlan traumát átélteket, aggkori gyengeségben vagy demenciában szenvedő személyeket vesznek célba. Az ilyenek különleges védelmet igényelnek. Ugyanakkor sajnálatos, hogy a csupa gondoskodni és oltalmazni akarás az említett embercsoportoknak kárára lesz, ha kimaradnak a kutatásból, így az orvostudományi haladásból.

Martin W. Schnell és Charlotte Heinritz (Kutatási etika, 25. skk.) a következő sorrendet állapította meg a sérülékenység növekvő fokozatairól: 1. Megfigyelés, 2. Interjú szakértővel, 3. Hozzátartozók, 4. Szüleiket ápoló gyermekek, 5. Betegek, 6. Demenciában szenvedők, 7. Táplálék elutasítása, 8. Önmegsebzés. Ehhez számítandó még: 9. Függőségben szenvedők, 10. Öröklött agykárosodásban és éber kómában (nem pallikus szindrómában) szenvedők, 11. Haldoklók.

A kísérleti alanyok kiválasztása és a különösen sérülékeny személyek védelme érinti az **igazságosság alapelvét**. Minden kutatásnál ügyelni kell arra, hogy igazságosan osszák meg a kísérletek hátrányait, kockázatait, illetve előnyeit. A társadalom minden egyes tagjának egyformán kell részesednie az orvostudományi fejlesztésekből.

Kutatásetikai alapelvek (Schnell/Heinritz 2006, 21. skk. szerint)

1. „A kutatónak indokolnia kell, hogy az általa vizsgált tárgyhoz miért szükséges kutatás."
2. „A kutatónak meg kell magyaráznia, mi a célja a kutatásnak, és hogy a kísérleti alanyok milyen módon kapcsolódhatnak abba."
3. „A kutatónak tudnia kell, hogy tervének végrehajtásánál milyen módszert követ. A kutatási módszer erkölcsileg nem semleges kérdés. Tilos az a kutatás, amely emberek kínzásával jár. Kínzás útján kicsikart eredményeket nem szabad alkalmazni, azok használhatatlanok."

4. „A kutatónak fel kell tudni becsülnie, hogy a kutatás etikai értelemben pozitív vagy negatív következményekkel jár a kísérleti személyre nézve."
5. „A terv kivitelezése előtt a kutató köteles felbecsülni azokat a lehetséges sérüléseket és károkat, amelyeket a kivitelezéssel okozhat."
6. „Az 5. számú alapelv értelmében felbecsült lehetséges kockázatok alapján a kutató köteles mindenféle megelőző intézkedést etikai szempontból mérlegelni."
7. „A kutató nem tehet hamis megállapításokat kutatásának hasznára vonatkozóan. A kutató nem hazudhat. Még a bizonytalan megállapításoktól is óvakodjon. A kutatásnak nem szabad teljesíthetetlen ígéretekkel kecsegtetnie." (Kommentár: A megtévesztés vagy a hazugság tilalma rendszeres problémája a lélektani kísérleteknek. Itt a kísérleti személyt általában utólag tájékoztatják a kísérlet igazi céljáról és annak menetéről.)
8. „A kutató köteles tiszteletben tartani az érvényes adatvédelmi rendelkezéseket."

Akárcsak az orvosi kutatások tervét, az ápoláskutatási terveket is valamelyik etikai bizottsághoz kell benyújtani jóváhagyás végett. Az etikai bizottságok munkája is törvényes alapokon nyugszik, törvényes irányvonalakhoz igazodik.

Különleges etikai problémát jelent az **olyan embereken való kísérletezés, akik képtelenek beleegyezésüket adni.** Nemcsak olyanok tartoznak ide, akiknek a gyámügyi bíróság gondnokot, illetve gondozót jelölt ki, hanem kiskorú gyermekek és fiatalok is. Olyan betegek is képtelenek beleegyezésüket adni, akik átmenetileg zavarodottak, nem tudnak térben és időben tájékozódni, vagy akik ideiglenesen vagy tartósan elvesztették eszméletüket.

Bár törvény szerint az utólagos beleegyezés is érvényes, azt nem mindig lehet megszerezni. A beleegyezés-képtelenség megállapításánál még nehezebb pontosan megállapítani a beleegyezésre képességet (vö. Kopetzki 2002). Itt a pszichikai betegekre gondolunk vagy azokra az idősekre, akik törvény szerint formálisan önellátóknak számítanak, bár ítélőképességük meglehetősen korlátozott. (A szellemileg zavarodott emberek sajátos problémáira nézve ld. fentebb a 4.3-as fejezetet.)

A beleegyezésre való képesség mellett az önkéntességet sem lehet minden további nélkül megállapítani. A kísérleti alany döntésszabadságát korlátozhatja a kutatótól való függés. Ez a probléma különösen az ápoláskutatás területén merülhet fel, mivel a beteg rászorultsága miatt általában függő viszonyba, azaz olyan aszimmetrikus kapcsolatba jut a gondozószemélyzettel szemben, amely kérdésessé teszi a „tájékozott beleegyezés" elvét. Így a beteg akarva-akaratlanul úgy érzi, kénytelen részt venni az ápoláskutatási kísérletben, ha nem akarja elveszíteni gondozói odaadását. A probléma megoldására azt javasolták, hogy a betegápoló ne végezzen kutatási kísérletet az általa gondozott személyekkel (vö. Mayer 2003, 57.).

10.3 Saját érdekű és másoknak használó kutatás

Az orvostudományban és a betegápolásban általában különbséget tesznek terápiás és nem terápiás kutatás között, de ugyanígy a **saját érdekű** és **másoknak használó** kutatás között is. Saját érdekű kutatásról akkor beszélünk, ha a humán kutatás az egyes kísérleti alanynak legalább egy lehetséges hasznot jelent. A másoknak használó kutatás viszont az adott kísérleti alanynak semmilyen előnyt nem jelent.

> Ausztriában és más országokban hatályos törvények tiltják, hogy másoknak használó kutatást folytassanak olyan személyekkel, akik beleegyezés-képtelenek. Így akarják elejét venni annak, hogy szellemi fogyatékos vagy lelki beteg személyeket kutatási tárggyá alacsonyítsanak.

Ha viszont meredeken elutasítjuk a beleegyezésre képtelen személyekkel kapcsolatosan a másoknak használó kutatás minden formáját, a kutatás gyakorlatában és az etikai bizottságok jóváhagyási eljárásában joghézag támadhat. Azzal fogják megkerülni a törvényi tiltásokat, hogy a beleegyezés-képtelen kísérleti személyekre vonatkozó „lehetséges haszon" fogalmát rendkívül tág, mondhatni végtelenül nyújtható fogalommá teszik. Éppen ezért a kutatási etika és a kutatási gyakorlat viszonyát rendkívül éles kritikával kell átgondolni. Ezen kívül felmerülhet a 10.1 pontban már említett etikai probléma is, hogy tudniillik az érintett betegcsoportot védő minden intézkedés a visszájára fordulhat, ha leállítjuk éppen azt a kutatást, amelyet csak velük lehetne folytatni.

▶ **Példa**

Az orvoslás mindennapjaiban még az a magától értetődőnek tűnő gyakorlat is kérdésesnek számít, ha szervátültetés céljából gyermekektől csontvelőmintát vesznek, pedig senki sem vonja kétségbe azt a tényt, hogy a csontvelő mennyire életmentően szükséges lehet, ha például valamelyik testvére rákbeteg lesz. Vagy gondoljunk a gyermekgyógyászattal kapcsolatos gyógyszerkutatásra. Gyakran hiányoznak a gyógyszeradagoláshoz szükséges megbízható adatok.

Az **Európa Tanács** 1997-es **orvosbiológiai egyezménye** a 17. szakaszban próbál ehhez megoldást kínálni, bár ez különösen Németországban és Ausztriában komoly aggodalmakat váltott ki a fogyatékossággal élők szervezetei körében. Ez a megoldási javaslat abban áll, hogy szigorú feltételek mellett lehet másoknak használó kutatást folytatni, ha a kísérletek minimális kockázatot és minimális terhet jelentenek. A javaslat támogatói ezen vérvételt vagy olyan méréseket értenek, amelyek invazív módszerek nélkül végezhetők. Viszont az orvosbiológiai egyezmény kritikusainak úgy tűnik, ez a törvény nem eléggé pontos. Attól tartanak, az egyezmény szabad utat nyit etikátlan emberi kísérletek előtt, és azzal vádolják a javaslatot, hogy aláássa a beleegyezésre képtelen személyek, például a szellemi fogyatékosok, a lelki betegek vagy a kómában fekvők emberi méltóságának és emberi jogainak védelmét.

Ebben a vitában viszont nem hagyható figyelmen kívül, hogy már a Helsinki–tokiói Nyilatkozat 1989-es változata sem zárta ki teljesen a másoknak használó kutatást a beleegyezésre képtelen kísérleti személyeknél. A Helsinki–tokiói Nyilatkozat 2008. évi változatához hasonlóan az orvosbiológiai egyezmény is megpróbálta az ilyen kísérletek elfogadását pozitív módon, a határokat tiszteletben tartó rendelkezésekbe foglalni. A kritikusokkal szemben tehát azzal lehet érvelni, hogy az orvosbiológiai egyezmény pozitív rendelkezései a beleegyezésre képtelen kísérleti személyek emberi jogainak védelme tekintetében előrelépést jelentenek.

Azt is meg kell vitatni, hogy a másoknak használó kutatás egyáltalán elfogadható-e etikailag, vagy alapvetően ellentétes az emberi méltóság eszméjével, amint azt az orvosbiológiai egyezmény kritikusai állítják. Az a kérdés, hogy szabad-e és milyen feltételek mellett engedélyezhető a beleegyezésre képtelen emberekkel végzett kutatás, akik nem is közvetlen haszonélvezői annak, érthetővé tesz egy, a Helsinki–tokiói Nyilatkozatban és az orvosbiológiai egyezményben megjelenő alapvető konfliktust. Bármennyire is elsődleges feladat az egyén és jogainak védelme, nem kerülhető el, hogy a két értéket – az egyén jogát és a kutatás érdekét – erkölcsi értelemben egymáshoz mérjük. Ha az orvosbiológiai egyezmény célja az orvosbiológiai visszaélések elhárítása, akkor megválaszolatlan marad a kérdés, hogy vajon nem jelenti-e bizonyos körülmények között már az orvosbiológiai eszközökkel való élés is az emberi méltóság megsértését.

Az egyes esetekre nézve vitatható, hogy bizonyos kezelések vagy azok elmaradása sérti-e az ember méltóságát és testi-lelki épségét. Ez ugyanúgy vonatkozik az orvosi segítséggel történő meghalni hagyás kérdésére, mint az aktív önkéntes eutanáziára, illetve a beleegyezésre képtelen személyekkel kapcsolatos másoknak használó kutatásra. Ezekben az esetekben az az etikai kérdés, hogy az ilyen kísérletek – még ha nem jár is velük semmilyen kockázat vagy fájdalom – mennyiben sértik az emberi méltóságot. Kérdés, hogy mások megalázásának szubjektív tudatából szükségszerűen következik-a a tényleges megalázás és az emberi méltóság megsértése.

Nem lehet teljesen elvitatni, hogy korlátozott mértékben azok a beleegyezésre képtelen személyeken végzett kísérletek is javallottak, amelyek nekik közvetlen hasznot nem jelentenek. Egész sor olyan betegségszimptóma van, amelyre nem lehet fájdalomcsökkentő vagy életmentő kezelést kidolgozni az illető betegen végzett megfelelő kísérletek nélkül. Ide tartoznak a demencia bizonyos formái, amelyek szimptómái között ott van a beleegyezésre való képesség fokozatos elvesztése.

Ugyanakkor nem lehet általában minden emberen végzett kísérletet a kísérleti személy olyan eszközzé degradálásának tekinteni, amellyel etikai értelemben megsértettük emberi méltóságát. Ne mondja senki, hogy vér vagy szövetminta kutatási célra való levétele által az érintett személyt eszközzé alacsonyították, vagy emberségét semmibe vették. Johannes Fischer az ilyen jellegű beavatkozások igazolásául próbált különbséget tenni a személy között és az ő testi-lelki természete között, bár ez a megkülönböztetés például neurológiai vizsgálatoknál nem alkalmazható. Hogy is gondolhatnánk, hogy egy demenciában szenvedő beteg idegsejtjeiben alkalmazott punkció magába a beteg személy életébe történő olyan beavatkozás, amely ugyan nem sérti, de érinti a beteg emberi méltóságát.

Etikai szempontból csak helyeselni lehet, hogy az orvosbiológiai egyezmény megpróbálta pontosabban kijelölni a beleegyezésre képtelen személyek esetében a másoknak használó kutatás határait. A kritikusok azonban attól tartanak, hogy a hatékony jogvédelem a gyakorlatban célt fog téveszteni. Az orvosbiológiai egyezmény homályos megfogalmazásai oda vezethetnek, hogy az egyezmény 2. szakaszával ellentétben a kutatás érdekei az ember méltósága védelme fölé kerekednek. Ami persze nem teszi hiábavalóvá magát az egyezményt, hiszen az orvosi kutatások rohamos fejlődése elengedhetetlenné teszi, hogy az emberi jogok védelmében nemzetközileg hatékony eszköztárat hozzunk létre. Csupán arról van szó, hogy az orvosbiológiai egyezménynek a másoknak használó kísérletekre vonatkozó vitatott rendelkezéseit pontosan kell értelmezni, tiszteletben tartva azt, ami etikailag megengedhető.

A kutatás etikája magában foglalja a kutató igazság és tisztesség iránti elkötelezettségét is (vö. Arndt 1996, 95–96.). Az igazság előbbre való, mint a személyes ambíció.

A kutatók személyi integritását tanúsítja például a megfigyelések és a feljegyzések pontossága, különösen, ha váratlan eredményekkel szembesül. Ne becsüljük le az adatok manipulálásának vagy manipuláló értelmezésének kísértését. Negatív eseményekről másokat is értesíteni kell, ezek az események maguk után vonhatják a kísérlet vagy a kísérletsorozat megszakítását. Egyébként ma általános az az orvosetikai elv, amely szerint nemcsak a pozitív kutatási eredményeket kell publikálni, hanem a negatív eredményeket is. Ez az elv érvényes az ápoláskutatás területén is.

10.4 A kutatási etika nemzetközi eszköztára

Mivel az emberi kutatás, mint minden kutatás, nemzetközi hálózatban történik, és nem szabályozható és nem ellenőrizhető csupán nemzetállami szinten, ma számos olyan nemzetközi eszköz létezik, amely javítja a kutatási etika és a bioetika mércéjét. Ezek a következők: **(1) bizottságok, (2) dokumentumok, (3) etikai elvek, (4) etikai képzési programok és (5) adatbázisok**.

Az **UNESCO** több **nemzetközi bizottságot** hozott létre: a Nemzetközi Bioetikai Bizottságot (International Bioethics Committee), a Kormányközi Bioetikai Bizottságot (Intergovernmental Bioethics Committee), valamint a Tudományos és Technikai Ismeretek Etikai Világbizottságát (World Commission on Ethics of Scientific Knowledge and Technology). **Európában** pedig ismert az Európa Tanács Bioetikai Igazgató Bizottsága (The Council of Europe Steering Committee on Bioethics), valamint a Tudomány és Új Technológia Európai Etikai Csoportja (European Group on Ethics in Science and New Tehnologies).

A nemzetközi dokumentumok közül már megemlítettük a **Helsinki–tokiói Nyilatkozatot** és az európai **orvosbiológiai egyezményt**. Ehhez az egyezményhez időközben számos **kiegészítő jegyzőkönyv** született, nevezetesen a klónozásról (1998), a szervátültetésről (2002), a humánbiológiai mintákkal kapcsolatos kutatásról (2002), a géntesztekről (2003), valamint az orvosbiológiai kutatásról (2005). Az embrionális kutatásra vonatkozóan még ezután készül kiegészítő jegyzőkönyv, amelyhez eddig csak egy munkacsoport-beszámoló készült 2003-ban. Ezzel kapcsolatban már 1998-ban megjelent a következő tanulmány: „Medically Assisted Procreation and the Protection of the Human Embryo. Comparative Study on the Situation in 39 States. Cloning. Comparative Study on the Situation in 44 States" (Nemzés orvosi segítséggel és az embrió védelme. Összehasonlító tanulmány 39 országról. Klónok. Összehasonlító tanulmány 44 országról, 1998).

Európai szinten számos bioetikai és kutatásetikai szempontból fontos tájékoztató **irányelv** létezik, mint például „Directive 2001/20/EC on good clinical practice" (A 2001/20/EC útmutatása a megfelelő klinikai gyakorlatról). Ugyanakkor az Európai Unió kutatástámogatási 6. és 7. számú keretprogramja is tartalmaz a kutatási etikára vonatkozó irányelveket, amelyekben az Európai Unió alapjogi chartájának általános elveire utal. Az EU kutatási etikájának alapelvei közé tartozik: a kutatás és a vélemény szabadsága, az egyén testi és erkölcsi integritása. Az EU szerint ezek az elvek összeütközésbe kerülhetnek más érdekekkel.

Az Európai Unió kutatástámogatásából eddig mindig kizártak bizonyos kutatási területeket, mégpedig a reproduktív humán klónok területét vagy az emberi genom módosítását célzó kutatásokat, továbbá olyan projekteket, amelyekben emberi embriót pusztán kutatási célokra, például őssejtkutatás céljából hoznak létre.

Az irányelvek, az emberi jogokkal kapcsolatos dokumentumok és az etikai kódexek mellett egy idő óta fontos szerepet játszanak a tudomány és a technika területén az úgynevezett **magatartási kódexek**. Ily módon országos és nemzetközi szinten megpróbálnak a tudomá-

nyokban etikai mércét, pontosabban hivatásethoszt kialakítani. Tisztesség, őszinteség és megvesztegethetetlenség akár a nemkívánatos eredmények láttán is, mások szellemi tulajdonának tisztelete, küzdelem az áltudományos hamisítványok és a plágium ellen – ezek mind éppen úgy hozzátartoznak a tudomány ethoszához, mint az emberi méltóság és az emberi jogok tiszteletben tartása.

Meg kell különböztetni az etikát és az ethoszt. Míg az ethosz esetében az alapvető erkölcsi magatartásról van szó, addig az etika az ethosz és az erkölcs normatív elmélete. A kutatás etikája nem korlátozható az orvosi vagy egyéb humán kutatások tudományetikai megfigyelésére, hanem támogatnia kell egy élő ethosz és annak megfelelő magatartás kialakulását mind az egyes tudósok individuális szintjén, mind pedig a tudományos szervezetek és intézmények szintjén. A kutatás etikája nem csak a tudomány társadalmi felelősségvállalásában részt vevő kutatók személyes felelősségét tartja szemmel. A kutatás etikája számol azzal is, hogy az ember, tehát a tudomány embere is tévedhet.

A bioetikáról és az emberi jogokról szóló 2005. évi általános nyilatkozat 23. szakasza a bioetikai nevelést, képzést és tájékoztatást tekinti a nemzetközi fáradozások céljának. 2003-ban jelent meg a tudományos és technikai ismeretek etikájának világbizottsága által kiadott „Etikai tanítás” című jelentés, amely a bioetika, a tudomány etikája, a környezetvédelmi etika és a technika etikája területén zajló képzési programokkal foglalkozik. 2004-ben az UNESCO kiadta az etikaoktatás programját (Ethics Education Programme). Az UNESCO egyébként világszerte 108 oktatási programot irányít a bioetika és a tudományetika területén. Végül pedig ott van az UNESCO keretén belül a **Global Ethics Observatory** (globális etikai megfigyelőközpont), amely négy adatbázist foglal magában: 1. Ki kicsoda az etikában, 2. Etikai intézmények, 3. Etikatanítási programok, 4. Etikai vonatkozású jogszabályok és iránymutatások.

10.5 Etika és jog a kutatásban

Ma a kutatás etikai kérdései egyúttal jogi kérdések is. A tudományos kutatás és tanítás szabadsága az alkotmány által garantált alapvető jog. Ez a szabadság azonban csak etikai alapelvekkel és alkotmányos keretekkel összhangban érvényes. Mint általában a modern társadalomban, a jog az orvostudományban is az etika helyére lép, részlegesen átvéve annak szerepét (ld. fentebb a 3. részt).

Az alapvető etikai kódexek, mint például a Helsinki–tokiói Nyilatkozat vagy más olyan nemzetközi emberjogi egyezmények, mint az Európa Tanács Orvosbiológiai Egyezménye, illetve a különböző hivatásetikai és magatartáskódexek az úgynevezett puha vagy könnyű jog *(soft law)* kategóriájába tartoznak. Ezektől meg kell különböztetni a kötelező országos és az olyan nemzetek feletti jogszabályokat, mint amilyenek az Európai Unió jogszabályai. Bármilyen fontosak is ezek a jogi eszközök, a jog nem helyettesítheti a kutatás etikáját. Lehet, hogy ma Ausztriában vagy Svájcban sokan indokoltnak tartják, hogy az embereken való kísérletezésre nézve átfogó törvénykezés legyen, amely átfogja és egységesíti a ma még elszórtan, külön-külön törvényekben található humánkutatási rendelkezéseket. Az is szükségessé válhat, hogy eddig szabályozatlan, etikailag kényes kutatási területekre nézve a jövőben törvényeket hozzanak. Azonban nem reális és nemkívánatos, hogy minden etikai kérdést állami törvényekkel és felügyelettel próbáljanak megoldani. Mert ebben az esetben fennáll egy erkölcsileg túlterhelt törvényhozás veszélye, amely indokolatlanul és illetéktelenül korlátozhatja a kutatás alkotmányos szabadságát.

Gondot jelent az is, ha a kötelező jogszabályok a „puha jogra” hivatkoznak, mégpedig nemcsak azért, mert bizonyos esetekben nem világos, milyen törvényes eszközök és fellebbezési lehetőségek léteznek, hanem azért is, mert az olyan kifejezések, mint „etikus”, „etikailag vállalható” vagy „etika” gyakran homályos fogalmak maradnak. A puha jog nemritkán úgynevezett *corpus permixtum* (= jó és rossz vegyüléke), amely összemossa a jog és az etika közötti különbségeket. De ha a puha jogot egyre gyakrabban helyettesíti a kötelező törvény, ha az etikai bizottságok munkája egyre inkább egyszerű hatósági feladattá válik, és az etikai bizottságok ajánlásai már nem csupán ajánlások, hanem kötelező érvényű döntések, akkor joggal kérdezhetjük,

hogy az etikai bizottságoknak van-e még közük a szó szoros értelmében az etikához. Ez azokra az esetekre is érvényes, amikor az etikai bizottságoknak ápoláskutatási projekteket kell jóváhagyniuk.

10.6 Összefoglalás

Az ápoláskutatásra elvileg ugyanazok az etikai alapelvek vonatkoznak, mint az orvosi kutatásra: a kísérleti személyt részletesen, a vizsgált személy számára érthető formában tájékoztatják a kutatás céljáról és a kísérlet menetrendjéről, valamint a részvétel előnyeiről és kockázatairól. A kísérleti személynek beleegyezésre képesnek kell lennie arra, beleegyezését pedig önként, szabadon kell adnia. Meg kell hagyni neki annak lehetőségét, hogy bármikor kilépjen a kutatásból, hogy beleegyezését visszavonja. A kutatási eredmények csak név nélkül publikálhatók. Vigyázni kell az adatok fokozott védelmére. A kísérleti személyt meg kell védeni minden testi vagy lelki károsodástól. Ezenkívül megfelelő biztosítási védelmet is kapnia kell. Külön problémát jelentenek a beleegyezésre képtelen személyekkel folytatott kísérletek.

10.7 Irodalom

Druml, Chr.: Ethikkommissionen und medizinische Forschung. Ein Leitfaden für alle an medizinischer Forschung Interessierte. facultas.wuv, Wien 2010.

Fuchs, M. et al.: Forschungsethik. Eine Einführung, Metzler, Stuttgart 2010.

Körtner, U./Kopetzki, Chr./Druml, Chr. (szerk.): Ethik und Recht in der Humanforschung (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 5). Springer, Wien/New York 2010.

LoBiondo-Wood, G./Haber, J. (szerk.): Pflegeforschung. Ullstein Mosby, Wiesbaden 1996.

Mayer, H.: Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen. Facultas, Wien [3]2003.

Rennen-Althoff, B./Schaeffer, D. (szerk.): Handbuch Pflegewissenschaft. Juventa Verlag, Weinheim 2000.

Schnell, M. W./Heinritz, Ch.: Forschungsethik. Ein Grundlagen und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Huber, Bern 2006.

11 EMBERHEZ MÉLTÓN MEGHALNI

A hivatásszerű betegápolás mindennapjaihoz tartozik, hogy az ápoló legyen ott a haldoklók mellett, ápolja őket. Milyen etikai alapelveket kell a haldoklók és a halálos betegek ápolásakor figyelembe venni? Mit jelent ma emberhez méltó módon meghalni? Meddig terjed a haldokló önrendelkezési joga? Ebben a fejezetben a meghalás kultúrájának a modern társadalomban történő változásairól nyújtunk tájékoztatást.

11.1 Meghalás orvosi ellátás mellett

A halálos baleseteket, a gyilkosságok áldozatait vagy a hirtelen bekövetkező természetes halállal meghaltakat leszámítva a legtöbb haldokló orvosi kezelés alatt áll. Nagy részük kórházban hal meg. A nyugati világban tehát általában egészségügyi ellátás mellett következik be a halál.

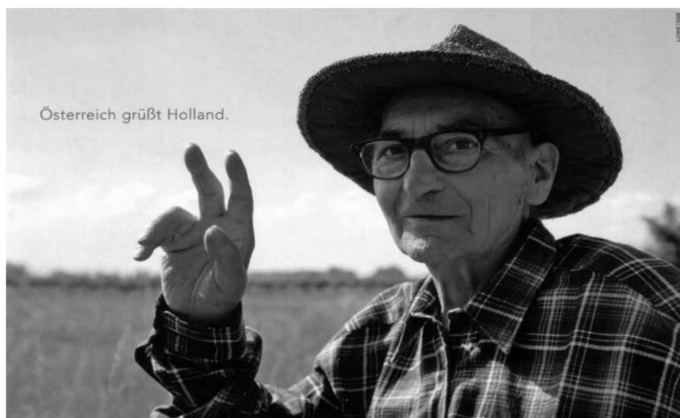
> Ebben a helyzetben konfliktus áll fenn a beteg önrendelkezési joga, az orvos gondoskodási kötelessége és az élethez való jog között, és ebből következik a szándékos ölés törvényesen rögzített tilalma.

El kell utasítanunk azt a gyakran hangoztatott véleményt, hogy az orvostudomány, és különösen az intenzív terápia fejlődése tette sürgetővé az eutanázia problémáját. Támogatóinak néhány érve már az ókorban eléggé ismert volt és nem az egészségügyi-műszaki fejlődés hozta magával őket, hanem az az emberkép, amely legalábbis a keresztyén antropológiának ellentmond.

Az intenzív terápia fejlődése nem indokolja ugyan az eutanáziáról szóló újabb kori vitát, legfeljebb alkalmat nyújtott hozzá.

Ellenkezőleg: azzal kellene érvelnünk, hogy azokban az időkben, amikor nem léteztek vagy nagyon kis mértékben léteztek hatékony terápiák vagy hatékony fájdalomcsillapítók, sokkal inkább elfogadható lett volna az eutanázia óhajtását a súlyos fájdalmak indokával elfogadni. Az a kérdés viszont, hogy mit tekintünk értelmetlen vagy értelmes szenvedésnek, nem az orvostudomány fejlettségének kérdése, hanem a vallásos vagy ideológiai beállítottságé és a személyes életkörülményeké.

„Ausztria köszönti Hollandiát"



(a Rennweg Hospice reklámplakátja, Caritas Socialis, Bécs)

Michael Fleischhacker az osztrák „Der Standard" című napilapban ehhez a plakáthoz fűzött kommentárt:

„Az a művészi ábrázolás, amellyel a Caritas Socialis a Rennwegen található öregotthonát reklámozza, kifejező és szép. Ennél

tömörebben nem lehetett volna bemutatni azt a kettősséget, amely az előttünk álló kikerülhetetlen halál kegyetlenségében és az utolsó percünkig tudatosan megélt élet magasztosságában jut kifejezésre.

A hirdetés már az „*Ausztria köszönti Hollandiát*” címmel és a kép alatti jelmondattal: „*Eutanázia helyett életminőséget kínálunk a gyógyíthatatlan rákos betegeknek*”, ezt a tömörséget közvetíti. Mert ha a méltóságteljes életnek az az állítólag Hollandiában legalizált halálos injekció jelenti az alternatíváját, amelyet a hippokratészi kultúrát megtagadó orvosok adnak öregeknek és betegeknek, akkor nem kell sokat gondolkodni azon, hogy tisztán lássunk.

Aki viszont mégis elgondolkodik, azt furcsa érzés keríti hatalmába: mit üzen ez a kép? Hogy az itt látható emberen Hollandiában kénytelen-kelletlen eutanáziát követnek el? Hogy Hollandiában általános gyakorlat az eutanázia, míg Ausztriában elsősorban az élet minőségét akarják javítani? Vagy hogy Hollandiában végül is csak azért vezették be a halálba segítést, hogy megtakarítsák a gyógyíthatatlan rákos betegek ápolási és kezelési költségeit?

Ennek a plakátnak elsődleges feladata az, hogy morális bizonyosságot sugalljon: azt a bizonyosságot, hogy amit reklámoznak, az csak jó lehet. Hol lehetne ezt a jót legkönnyebben megtapasztalni, mint Bécs Rennweg Hospice nevű intézményében? Az az otthon, amelyben gyógyíthatatlan betegeknek a méltóságteljes meghalás lehetőségét nyújtja, minden tekintetben jó példát mutat. De mert a reklám stratégái abból indulnak ki, hogy azt, ami jó, csak úgy lehet bemutatni, ha egyúttal annak ellentétét is megmutatjuk, kitalálták az „*Ausztria köszönti Hollandiát*” formulát: a jó köszönti a gonoszt.

Aki viszont nem szokta az ilyen morális bizonyosságot rendszeresen ellenőrizni, annak tudjuk, mi az oka: fárasztó dolog ilyen ellenőrzést vagy felülvizsgálatot végezni, mert bizonytalanná teszi az embert, és mert háttérbe szorítja mind a hivatali, mind a személyes ügyeinek intézését. Mindenekelőtt pedig: aki

már végzett egyszer ilyen ellenőrzést, az tudja, hogy ezt máskor is meg kell majd tennie.”

Kivonat M. Fleischhacker „Hollandia köszönti Ausztriát” című cikkéből, *Der Standard*, Album rovat, 2001. 11. 10.

Még ha etikai szempontból jó okunk van is az eutanázia németalföldi és belgiumi liberalizálását elutasítani, hibás lenne a halálba segítés és az eutanázia körüli vitában csupán a kulturális mérce és az erkölcsi értékek hanyatlásának jeleit látni. Inkább azt vizsgáljuk meg, van-e és milyen mértékben van értelme bizonyos esetekben a mai orvostudomány lehetőségeivel élni, és emberileg hol van a modern orvoslás határa.

Etikai és jogi szempontból érdemes figyelembe venni, hogy az élethez való **jogból** nem lehet az életre való **kötelességet** levezetni. Az élethez való jogból gyakorlatilag a gyógykezelés visszautasításának a joga is következik. És ahogy a meghalás az életnek része, úgy létezik a meghaláshoz való jog is. Ami viszont nem ugyanaz, mint az öngyilkossághoz való jog vagy az a jog, hogy kívánságunk szerint mások minket megöljenek.

Az eutanáziavita nem csak arra ösztönöz bennünket, hogy a meghalást és a halált illetően saját erkölcsi meggyőződésünket átgondoljuk. A vita arra is ösztönöz, hogy **rákérdezzünk a meghalás mai kultúrájára** és arra, hogy mik is a meghalás tényleges körülményei a mai társadalomban.

▶ **Kérdés:**

Mennyire humánus az a társadalom, amelyik az eutanáziában látja az egyetlen kiutat ahhoz, hogy az ember a halálban ne veszítse el méltóságát?

Az emberhez méltó meghalásról és a halálba segítésről szóló vita azonban nem csupán a kórház és az intenzív terápia kérdése. A vitának ki kell terjednie az öregotthonokban és a gondozóotthonokban tapasztalható élet- és meghaláskörülményekre is.

- **Példa**

  Súlyos jogi és etikai kérdést jelent, hogy az idős és más rászoruló emberek kórházi kezelése nagyrészt jogilag tisztázatlan terület. Másik probléma az, hogy nagyon rossz a gondozottak és a gondozók aránya, valamint hogy az ápolószemélyzetben nagyon kevés a diplomás betegápoló. A személyzeti hiány miatt alig tudnak foglalkozni a hozzátartozókkal. A túlterhelt személyzetnek nem jut kellőképpen ideje a haldoklókra sem, de nincs is kellőképpen kiképezve a halálba segítésre.

11.2 A haldoklók magányossága

Nem az a legnagyobb társadalmi probléma, hogy az elegendőnél is nagyobb az egészségügyi felszereltség, amelyre mindenütt az intenzív terápia a legismertebb példa, hanem a **haldoklók magányossága.**

Saját halálunk és családtagjaink halála egyre inkább a társadalom peremére szorul, és számos félelem is társul hozzá, amelyben az ember magára marad:

- félelem az elviselhetetlen fájdalomtól,
- félelem attól, hogy hozzátartozóinak és a társadalomnak terhére lesz,
- félelem attól, hogy egyedül marad, amikor bekövetkezik a halál,
- félelem a kiszolgáltatottságtól és a megalázottságtól,
- félelem amiatt, hogy akarata ellenére túl sokáig tartják életben, hogy nem az életét, hanem a haldoklását hosszabbítják meg,
- félelem attól, hogy az orvosi kezelés hiánya és az elégtelen betegápolás miatt megrövidítik életét vagy szántszándékkal hagyják meghalni.

A társadalomnak tennie kell azért, hogy a haldoklók ne legyenek magányosak, és ki kell alakítania a haldoklókkal való szolidaritás kultúráját.

11.3 Autonómia életünk végén

Az önrendelkezés jogának etikai alapja van, de etikailag korlátozott is. Ebből kiindulva az autonómia elvét nem szabad abszolutizálni, mert az autonómia önmagunkért és másokért való felelősséget is jelent. A mindentől elvonatkoztatott autonómiafogalom ugyanakkor nem számol azzal, hogy a súlyos betegek és a haldoklók mennyire segítségre és védelemre szorultak. Elvileg támogatni kell a súlyos betegek és haldoklók önrendelkezési jogát, de csak ha azt nem játsszuk ki az életnek a ne ölj parancsból levezetett jogával szemben.

Az autonómiát és az önrendelkezést fogalmilag meg kell különböztetni, márpedig ezt az orvosetikai irodalom ritkán teszi (ld. fentebb 4.3). Az **autonómia** I. Kant óta hagyományosan gazdag antropológiai fogalom, amely szerint az ember értelmének köszönhetően cselekedeteinek maximáit állítja fel, és ezek bizonyos egyetemes erkölcsi törvények kifejezései. Az **önrendelkezés** viszont ennél sokkal gyengébb fogalom. Azt fejezi ki, hogy az ember pillanatnyilag vagy előre tekintve meg tudja fogalmazni, mit akar és mit kíván, illetve meg tudja határozni saját életfolytatását függetlenül attól, hogy a jó életre vonatkozó kívánságai és elképzelései megfelelnek-e vagy sem valamilyen általános erkölcsi kritériumnak.

Arra az esetre nézve, amikor a beteg (már) nem képes egyedül dönteni, úgynevezett betegrendelkezéssel vagy betegmeghatalmazással biztosíthatja önrendelkezési jogát.

- A **betegrendelkezés** olyan dokumentum, amelyben a beteg arra az esetre nézve, ha elveszítené akaratát vagy nem tudja azt kifejezni, rendelkezhet arról, hogy milyen életfenntartó intézkedéseket vagy bizonyos terápiákat alkalmazzanak vagy ne alkalmazzanak nála.
- A **betegmeghatalmazás** az a dokumentum, amelyben a beteg saját döntésképtelensége esetére nézve valamely bizalmasát felhatalmazza, hogy helyette meghozza a szükséges döntéseket orvosi kezelésére nézve, és hogy ezt kezelőorvosával megbeszélje.

- A **gondozási rendelkezés** az a dokumentum, amelyben a beteg valamelyik bizalmasát kijelöli arra, hogy ha majd gondozásra szorul, a gyámügyi bíróság az illetőt rendelje ki gondozójául.

A betegrendelkezések érvényességét és kötelező erejét Németországban és Ausztriában törvény szabályozza. **Ausztriában** 2006-ban lépett életbe a **betegrendelkezési törvény**, amely különbséget tesz a **kötelező** rendelkezés között, amelyet az orvos kénytelen követni, és a **figyelembe veendő** rendelkezés között, amely az orvosnak csupán tájékoztatásul szolgál. **Németországban** nincs külön betegrendelkezési törvény, ezt a kérdést 2006 óta a **polgári törvénykönyv** új, 1901/a szakasza szabályozza. Ez a törvényszakasz rendelkezik arról a beteg akaratát megállapító megbeszélésről, amelyet a kezelőorvosnak kell a közeli hozzátartozókkal vagy a beteg más bizalmasaival folytatnia. Ezen kívül vannak még törvényes rendelkezések a gyámügyi törvényszék esetleges feladatairól, illetve olyan új változások, amelyeket a családügyi és közigazgatási eljárásokban hoztak.

Az **osztrák** betegrendelkezési törvény megkülönbözteti a kötelező és a figyelembe veendő rendelkezést. A **kötelező erejű rendelkezés** feltételei:

- Betegrendelkezést csak az a (14 éven felüli!) beteg tehet, aki józan belátásának és ítélőképességének birtokában van.
- A rendelkezést a beteg szabadon teszi, miután alaposan tájékoztatták; nem lehet félreértés, megtévesztés, csalás, testi vagy lelki kényszer hatására rendelkezni.
- A betegrendelkezés megtétele előtt az orvos adjon tájékoztatást a betegség állásáról és a kezelésről, amit dokumentáltan bele kell foglalni a betegrendelkezésbe.
- Emellett szükség van még egy törvényes formában, hivatalos iratba foglalt tájékoztatásra is.
- A betegrendelkezést írásba kell foglalni, amelyet a beteg vagy saját kezűleg ír és aláír, vagy három elfogulatlan és üzletképes tanú jelenlétében aláír.
- Ha a beteg nem képes az írásba foglalt betegrendelkezést saját kezűleg aláírni, akkor, miután azt három pártatlan és

önellátó tanú jelenlétében felolvasták, meg kell erősítenie, hogy ez az ő akarata. Ezt a tényt a tanúk saját kezű aláírásukkal megerősítik.

- Mind a betegség állását, mind pedig azt az orvosi kezelést, amelyet a beteg vagy elutasít, vagy elfogad, pontosan le kell írni, illetve ezeknek egyértelműen ki kell derülniük a kötelező betegrendelkezés egész összefüggéséből.
- A kötelező érvényű betegrendelkezést legkésőbb öt év után meg kell újítani, a formai követelmények (írásbeli rögzítés) betartásával. Ehhez szükséges a megfelelő új orvosi és jogi tájékoztatás, amelyet minden alkalommal dokumentálni kell.

Osztrák törvények szerint a betegrendelkezésben csak az **orvosi intézkedést** lehet visszautasítani, a betegápolást viszont nem. Az étellel és itallal történő alapellátás a betegápolás része, s azt a betegrendelkezéssel nem lehet kizárni. Csak a szondás táplálást lehet elutasítani, mert az orvosi eljárásnak számít. A betegrendelkezés hatásköre elvileg nem terjed ki a meghalás esetére.

A hatáskör korlátozását törvényileg kimondani nem tanácsos. Az ausztriai törvényhozás ettől elhatárolódott. Ez ellen azzal lehetne érvelni, hogy a gondoskodás kötelessége ellentétbe kerülhet az önrendelkezés posztulátumával. Az orvosi ellátás egyik elemi szabálya az, hogy: In dubio pro vita – kétség esetén az élet mellett. A kritikusok szerint viszont, ha nincs hatásköri korlátozás, a környezet nyomást gyakorolhat a betegre, hogy mondjon le minden további kezelésről. Visszaélési lehetőségeket emlegetnek és hiányolják azokat az akadályokat, amelyeket a kezelésmegtagadás korlátozására kellene felállítani az eutanázia és az öngyilkosságra segítés ellenében.

Aki viszont korlátozni akarja a betegrendelkezés hatáskörét, újabb jogi konfliktusokat fog kirobbantani, hogy mit értünk az egyes esetekben halálközeli állapoton. Ha azt mondják: „Ez a beteg akarata”, vagy hogy halálközeli állapot az, ha „visszafordíthatatlanul halálhoz vezető szenvedései vannak”, akkor az

ilyesmi csak látszólag pontos megállapítás, mert a valós életben ilyen nincs. Ha a páciens több betegségben szenved, etikailag igazolható lenne a kezelés csökkentése vagy megszüntetése, bár a betegségek egyike sem jelent visszafordíthatatlanul halálos szenvedést. És fordítva: ha van is valakinek visszafordíthatatlan alapbetegsége – például rákja –, még évekig normális életet élhet, azaz ha nem áll be valamilyen vészhelyzet, viszonylag kedvező lehet a prognózisa.
A mindenképpen való gondoskodás elvével nem szabad a betegeket atyáskodó gyámság alá vonni. A gondoskodáshoz valójában hozzátartozik a beteg önrendelkezésének tiszteletben tartása is. A betegrendelkezések jó néhány esetben jogbiztonságot eredményeztek. De még így is elegendő olyan eset marad, amikor nem születik kötelező érvényű és egyértelmű betegrendelkezés, és amely esetekben ez után is nehéz lesz a beteg vélt akaratát kinyomozni és követni. A betegrendelkezések többsége ezután is csak tájékoztató jellegű marad és nem lesz szigorúan kötelező. A felelős orvosnak ezután is kellő döntési mozgástere marad. Ezért tanácsos a betegrendelkezéshez olyan gondozási rendelkezést is kapcsolni, amelyben a beteg döntésképtelensége esetére megnevezheti bizalmasát.

Németországban a **polgári törvénykönyv** 1901. szakasza a következőket írja elő a betegrendelkezésre vonatkozóan:
„(1) Amennyiben egy beleegyezésre képes felnőtt beleegyezésre képtelensége esetére vonatkozóan írásban kijelenti, hogy bizonyos, a kijelentés időpontjában egészségi helyzetére, gyógykezelésére és orvosi beavatkozásokra vonatkozó, de még közvetlenül nem bekövetkező vizsgálatokat elfogad vagy elutasít (azaz betegrendelkezést tesz), gondozója megvizsgálja, hogy a kijelentés megfelel-e a beteg pillanatnyi élet- és kezelési helyzetének. Ha így van, a gondozó köteles gondozottja akaratának kifejezést adni és érvényt szerezni. A betegrendelkezés bármikor minden további nélkül visszavonható.

(2) Ha nincs betegrendelkezés, vagy ha a betegrendelkezés kijelentései nem felelnek meg a pillanatnyi élet- és kezelési körülményeknek, a gondozó állapítsa meg, milyen kezelést kíván a gondozottja és mi az illető feltételezett akarata, és ennek alapján döntse el, hogy a beteg elfogadja vagy elutasítja az első bekezdésben említett orvosi intézkedést. A gondozott feltételezett akaratát konkrét kiindulópontok alapján kell megállapítani. Figyelembe kell venni a gondozott korábbi szóbeli vagy írásbeli megnyilatkozásait, erkölcsi vagy vallási meggyőződését és más személyes értékfelfogását.
(3) Az 1. és 2. bekezdés a gondozott betegségének fajtájától és állapotától függetlenül érvényes.
(4) Senkit sem lehet betegrendelkezés meghozására kényszeríteni. A betegrendelkezés meghozatala vagy tervezése nem tekinthető szerződésbontás feltételének."

Betegrendelkezési és betegmeghatalmazási mintákat az alábbi címeken találunk:

- Ratgeber Patientenverfügung, hg. von Land Niederösterreich (NÖ Patienten- und Pflegeanwaltschaft); Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft (Megrendelhető: Wiener Pflege-, Patientinnen- und Patientenanwaltschaft, Schönbrunner Straße 108, A-1050 Wien)
- Christliche Patientenvorsorge durch Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Behandlungswünsche und Patientenverfügung. Handreichung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland in Verbindung mit weiteren Mitglieds- und Gastkirchen der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Kirchen in Deutschland (Gemeinsame Texte 20), Bonn/Hannover 2011 (Megrendelhető: Kirchenamt der Evangelischen Kirche in Deutschland, Herrenhäuser Str.12, D-30419 Hannover, vagy: Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, Bonner Talweg 177, D-53129 Bonn).

11.4 Elviselhető és elviselhetetlen szenvedés

A 2.3 fejezetben, azzal a kérdéssel kapcsolatban, hogy mi az orvostudomány célja, már foglalkoztunk az észszerű feltételezés fogalmával. A kezelésmegszakítás és a halálba segítés kérdésével kapcsolatban az észszerűségnek/elviselhetőségnek több szempontja van:

- Az egyes ember szembesülhet azzal a kérdéssel, hogy mit várnak el tőle, mit enged meg magáról feltételezni és mit vár el ő saját magától.
- A személyi etika és a szociáletika szempontjából viszont azt kell megkérdezni, hogy szerintünk másoknak mi az elviselhető, menynyit várhatunk el tőle, de mindezt nem valamilyen közös teherviselés méltányos elosztására nézve, hanem teljesen egyoldalúan abban az értelemben, hogy az emberiességet éppen ezáltal mentsük meg.

Talán alapvetően nem is arról kellene beszélnünk, hogy menynyiben és mennyire lehet a szenvedést elejétől végig elviselni, hanem arról, hogy nincs jogunk valamely ember életének tudatosan – akár tettlegesen, akár passzív módon – véget vetni.

11.5 Cselekvés és nem cselekvés

Az orvosi gyakorlatban újra tudatosítanunk kell, hogy etikai szempontból nem minden felelős **nem cselekvés** jelent feltétlenül **mulasztást.** Épp ezért minden helyzetben meg kell határoznunk cselekvésünk határait, és így az orvostudomány határait is. Ez az emberi élet határainál is érvényes. Akárcsak maga az élet, a gyógyulás érdekében tett minden fáradozásunk is töredékes. Ilyen értelemben beszélhetünk **a felelősség etikai értelemben felelős behatárolásáról** is, és ez teszi lehetővé, hogy gyógyító fáradozásunk kudarcait és magát a meghalást is a teljes élet összefüggésében lássuk.

A cselekvés és mulasztás közötti különbség viszonylagos, mert hatását tekintve a mulasztás egyenértékű a cselekvéssel. A cselekvés és a mulasztás fogalmainak fő fogalma az intézkedés vagy magatartás. A nagy teljesítményű modern orvostudomány is ismeri a meghalni hagyás és a szándékos emberölés különbségét, de ezt a különbséget nem elvonatkoztatva, hanem a konkrét helyzetre nézve határozzák meg. Ebben az is szerepet játszik, hogy valamely intézkedést a következményei, vagyis eredménye, vagy a szándék alapján ítélünk meg. A különbséget még csak nem is egyedül a mindenkori intézkedési szándékon lehet lemérni. Ellenkezőleg: az elszigetelt ok-okozati összefüggésen túl figyelembe kell venni az egész összefüggő helyzetnek „a szociálisan begyakorolt (!) értelmezéseit, mert csak ebben az összefüggésben lehet egy intézkedést erkölcsileg jónak vagy rossznak minősíteni" (Frey/Dabrock 2003, 39.).

▶ **Kérdések:**

Milyen esetben neveznék valamilyen szenvedést elviselhetetlennek? Mi volna nekem az etikai határhelyzet hasonló esetben? Milyen intézkedésformát tartok ilyen esetben erkölcsileg megengedhetőnek vagy megengedhetetlennek?

Az orvoslásban és a betegápolásban megfigyelhető aktivizmusra hajlammal szemben figyelembe kell venni, hogy az aktív beavatkozás erkölcsileg nem mindig értékesebb, mint az arról való lemondás. A döntést mindig az orvoslás alanyának kell kezdeményeznie (ld. fentebb 4.3).

Elvileg a gyógykezelés melletti vagy elleni döntésben az játszik fontos szerepet, hogy a döntés mennyiben befolyásolja az érintett személy biográfiáját (biográfiafeldolgozás, sztorikoncepció, Ritschl 1986 és 2004).

▶ **Példa**

Két beteg ugyanazt a kedvezőtlen karcinómaprognózist kapta. Míg az egyik beteg, miután egyeztetett a kezelőorvosokkal, lemond a kemoterápiáról, mert leszámolt az életével és nem akarja halogatni a meghalást, addig a másik beteg heteket vagy hónapokat akar nyerni, mert

esetleg még ki akar békülni a külföldön élő fiával, vagy mert szeretné megérni első unokája keresztelőjét.

Bizonyos körülmények között a diagnózisról és a terápiáról való lemondás is lehet a jó és humánus orvoslás része (E. Gillen).

„A diagnózist vagy a terápiát mindig meg kell előznie a javallatnak. Mindig meg kell kérdezni, hogy egy bizonyos esetben ez vagy az az intézkedés javallott-e. Javára van-e a betegnek? Könnyíti-e sorsát most vagy a későbbiekben?" (Anschütz 1998).

Ilyen esetekben nem arról van szó, hogy teljesen lemondanak a kezelésről, ahogy újra és újra tévesen állítják, hanem csupán a gyógyító kezelés csökkentéséről, illetve befejezéséről, vagyis arról, hogy a **gyógyító** kezelésről áttérnek a beteg **palliatív** ellátására.

Újra kell gondolni az orvoslásnak önmagáról alkotott képét abban az értelemben, hogy értékelődjék fel az orvosi munka palliatív szempontja a mindeddig egyoldalúan előnyben részesített gyógyító szemponthoz képest.

Általánosságban meg kell gondolni, hogy az emberi élet alapvetően töredékes. Végességünk nem csak halálunkra vonatkozik, hiszen a tökéletlenség, a kudarc és a bukás is életünk része. A halállal persze véget ér az életünk, de az nem az élet beteljesedése.

A betegek, a hozzátartozók, az orvosok és az ápolók gyógyulásba vetett reménye csalóka és könnyen szertefoszlik. Az emberi élet végességéhez és töredékes voltához tartozik az orvos gyógyító művészetének korlátozottsága is. Mind az orvoslásnak, mind az ápolásnak meg kell szabadulnia a mindenhatóság látszatától, mert az ebből való kiábrándulás óhatatlanul narcisztikus sérülésekhez vezet. Betegek, orvosok és betegápolók ne terheljék egymást irreális, vagyis emberfeletti elvárásokkal és reménységekkel.

Vallásos szemmel nézve bizonyos körülmények között még a halállal szemben állva is meríthet valaki reménységet, új életkedvet. Így reménykedik a keresztyén hit is egy magasabb szinten való beteljesedésben, ami nem emberek által valósul meg. Ha valakiben nem él is ilyen remény, a spiritualitás az orvoslásban és az ápolásban is egyre nagyobb szerepet kap.

11.6 Összefoglalás

A betegnek alapvető joga emberhez méltó módon meghalni. A modern társadalomban sokféle elképzelés él arról, hogy mi az emberhez méltó meghalás. Éppen az élet alkonyán vetődik fel a kérdés, hogy a modern orvoslásnak mindent meg kell-e tennie, mindent meg szabad tennie, ami technikailag lehetséges. A halál ugyanúgy része az életnek, mint a születés, a halált is ugyanúgy el kell fogadnunk. Az emberhez méltó meghaláshoz és a saját halálunkhoz való jogból következik az a jog is, hogy elkísérjenek bennünket a halálig, de ahhoz nincs jogunk, hogy magunkat megölessük vagy megöljük. A beteg önrendelkezési jogát élete végén is tiszteletben kell tartani, és védelmezni kell, de ennek a ne ölj parancs etikailag határt szab. A modern nagy teljesítményű orvoslás és intenzív terápia körülményei között is megmarad a cselekvés és a nem cselekvés, az ölés és a meghalni hagyás etikai szempontból való megkülönböztetése. Erre a megkülönböztetésre viszont csak konkrét helyzetben kerülhet sor. Ugyanakkor a beleegyezésre képtelen betegek önrendelkezési jogát betegrendelkezés vagy betegmeghatalmazás útján kell biztosítani.

11.7 Irodalom

Ariès, Ph.: Geschichte des Todes. dtv, München 1980.

Elias, N.: Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 71991.

Frey, Chr./Dabrock, P.: Tun und Unterlassen im klinischen Entscheidungskonflikt. Perspektiven einer (nicht nur) theologischen Identitätsethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47 (2003), 33–52.

Körtner, U.: Bedenken, dass wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik (BsR 1147). C. H. Beck, München 1996.

Körtner, U./Kopetzki, Chr./Kletečka-Pulker, M. (szerk.): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 1), Springer, Wien/New York 2007.

Nuland, S. B.: Wie wir sterben. Ein Ende in Würde? Knaur, München 1994.

12 A KEZELÉS MEGSZAKÍTÁSA ÉS A HALÁL FELÉ KÍSÉRÉS

Mi a célja az orvosi és betegápolási intézkedéseknek a halálos betegek és haldoklók esetében? Mikor szabad a kezelést megszakítani vagy csökkenteni? A halál felé kísérésnek és a halálba segítésnek milyen formáit különböztetjük meg? Etikai szempontból melyiket tartjuk szükségesnek, melyiket megengedhetőnek és melyiket megengedhetetlennek? Milyen formái ajánlottak, megengedettek, tiltottak ezeknek? Ez a fejezet a palliatív beteggondozás alapelveiről, valamint a halálba segítés különféle formáiról és ezek etikai és jogi értékeléséről tájékoztat.

12.1 A palliatív beteggondozás

A palliatív orvoslás célja, hogy enyhítse a haldoklók testi, lelki és szociális szenvedéseit, és lelkileg támogassa őket. **A palliatív tevékenység azonban túlmegy a szigorúan vett orvoslás keretein. A betegekkel való palliatív törődés teljes, mindent átfogó elgondolása** angol nyelven **„palliativ care”.**

> Az egészségügyi világszervezet megfogalmazása szerint a palliatív gondozás/palliatív orvoslás „az a kezdeményezés, amely javítani próbál olyan betegek és családjuk életminőségén, akik életveszélyes betegséggel járó problémákkal szembesültek. Ez úgy történik, hogy a fájdalmak, valamint más testi, pszichoszociális és spirituális természetű problémák korai felismerése, gondos felbecsülése és kezelése útján igyekeznek megelőzni és enyhíteni a betegek szenvedését” (Husebø/Klaschik 2009, 2).

A palliatív gondozás kiindulópontja az, hogy hatékonyan igyekszik

- küzdeni a fájdalom ellen és
- a tüneteket ellenőrizni,

amellyel jelentősen javíthatják a haldoklók és hozzátartozóik testi és lelki állapotát. Még ha a fájdalomcsillapító eljárások valószínűleg megrövidíthetik is az életet, ez nem ok arra, hogy lemondjunk azok használatáról. Ebben minden orvosetikai szakember egyöntetűen megegyezik. Mindenesetre hangsúlyozzák, hogy

> „A palliatív orvoslás egyértelműen elutasítja az aktív eutanáziát".
>
> (Husebø/Klaschik 2009, 3)

Időközben a palliatív orvoslás magas tudományos szintre emelkedett, bár a gyakorlatban ebből kevés valósult meg. Nemcsak az alkalmazás, hanem a képzés javítását is sokan szorgalmazzák. A palliatív orvoslás modellértékű a keresztyén gyökerű hospice-mozgalomban. Viszont **nagy szükség lenne arra, hogy a lakosság egészének palliatív orvoslási ellátásán javítsanak.** Nemcsak a kórházakban és a **gondozóotthonokban** kellene a személyzet, a helyiségek és berendezések tekintetében gondoskodni a haldoklók ellátásáról, hanem a **házi beteggondozás** területén is megfelelő körülményeket biztosítani.

További kérdés az is, hogy lehetne a palliatív orvoslás elveit az **intenzív osztályon** alkalmazni. Milyen szervezési és személyi feltételeknek kell teljesülniük, hogy valóban használni lehessen az intenzív terápiában a palliatív orvoslás elveit? Mi a lehetősége annak, hogy az emberek vallási támogatást is kapjanak? Milyen lehetőség van arra, hogy az elhunyttól halála után elbúcsúzzunk? Kaphatnak-e lelkigondozást a hozzátartozók, de akár az orvosok és az ápolószemélyzet is?

12.2 A halálba segítés fogalma és formái

A halálba segítés következő formáit különböztetjük meg (A. Eser nyomán):

- segítségnyújtás a meghalásban
- halálba segítés,

illetve

- (1) halálba segítés a halál siettetése nélkül
- (2) halálba segítés a halál siettetésével (közvetett eutanázia)
- (3) az élet meghosszabbításának elmulasztása (passzív eutanázia)
- (4) szándékos ölés (önkéntes/szabad akaratból történő, nem szabad akaratból, vagyis a páciens akarata ellenére történő).

Ezzel kapcsolatban az osztrák büntető törvénykönyvhöz írt kommentárjában *Egmont Foregger* és *Gerhard Kodek* (Wien [5]1991) ezeket írja:

ad (1): „Ezt a formát »a halálban való segítségnyújtásnak« is nevezik, és abban áll, hogy a haldoklónak, állapota elviselhetővé tétele érdekében minden segítséget, elsősorban gyógyszereket megadnak. Nem kétséges, hogy ez a forma egyezik a törvényes renddel.

ad (2): „Elviselhetetlen fájdalmaik megszüntetésére az utolsó stádiumban lévő súlyos betegeknek olyan gyógyszereket vagyunk kénytelenek adni, amelyek elkerülhetetlenül élete rövidülését eredményezhetik. A halálba segítésnek ezt a formáját túlnyomórészt indokoltnak tekintik."

ad (3): „A halálba segítésnek ezt a formáját passzív eutanáziának is nevezik, és abban áll, hogy bár az orvostudomány pillanatnyi állása szerint még rövid ideig meghosszabbítható lenne, a kialvó élet meghosszabbítását elmulasztják. Mindenki tudja, hogy ez csak a haldokló kifejezett kívánságára történhet meg, viszont ha másképpen járnának el, az önkényes gyógykezelés volna. De ha a haldoklónak nincs is kifejezett akarata, a törvény nem követeli az élet mindenáron történő meghosszabbítását."

ad (4): „Ezen azt értjük, hogy a gyógyíthatatlan beteget megölik vagy várható halálát aktív módon siettetik. A halálba segítésnek ezt a formáját általában büntetendőnek ítélik."

A német büntető törvénykönyv tiltja a kívánságra történő emberölést:

216. szakasz „(1) Ha valakit a megölt beteg kifejezetten és határozottan a megölésére kiszemelt, az illető

hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztésre ítélhető.

(2) A cselekmény kísérlete is büntetendő."

Az osztrák büntető törvénykönyv erre vonatkozó rendelkezései:

77. szakasz: „Ha valaki megöl egy másik személyt annak kifejezett és határozott kérésére, hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő."

78. szakasz: „Ha valaki öngyilkosságra bátorítja vagy segíti embertársát, hat hónaptól öt évig terjedő szabadságvesztéssel büntetendő."

Az aktív eutanázia esetében megkülönböztetnek szabad akaratból és nem szabad akaratból történő eutanáziát. Az osztrák büntető törvénykönyv 77. szakasza a szabad akaratból történő eutanáziáról szól. A nem szabad akaratból elkövetett eutanázia az büntető törvény 75. és 76. szakasza alá esik mint gyilkosság vagy emberölés.

Ahol az egyébként etikailag helyes életmeghosszabbítás átvált a halál meghosszabbításává, ott az etikailag megengedett gyógyító terápia határához érkeztünk.

Az intenzív orvoslásban mind az, hogy egyáltalán mi a halál, mikor kezdődik, mind pedig a halálról vallott felfogás kérdése komoly **fogalmi** kérdés. Az, hogy egy kauzális terápiával nem változtatható betegség halálhoz vezet-e vagy sem, végső soron nagyrészt a meghozott orvosi intézkedésektől függ. **Éppen ezért, akárcsak az agyhalál kritériuma esetében (ld. lentebb 13.1), cselekvéselméleti szempontból szükségessé válik a halál definíciója.**

A svájci orvostudományi akadémia 1976-os „Orvosi segítség haldoklóknak” című iránymutatása a következő meghatározást adja:
„A haldokló az a beteg vagy sérült, akinél az orvos (!) egy sor klinikai tünet alapján arra a következtetésre jut, hogy a betegség vagy traumatikus sérülés reménytelenül előrehaladott, és a halál rövid időn belül bekövetkezik.”

Ebben a meghatározásban a felelős és a kezelést elrendelő orvosnak jut az a feladat, hogy a halált megállapítsa. Az idézett meghatározásban mindenesetre problémát jelent az idő mint tényező. Mit jelent az, hogy „rövid időn belül”? Konkrét esetben hogyan és milyen paraméterek alapján határozzák meg az időt mint tényezőt?

Egy másik lehetőség a halál fogalmának az intenzív orvoslás keretében történő meghatározására az, ha abból indulunk ki, hogy **nincs további javallat a kauzális terápia intézkedéseinek folytatására** (ez az úgynevezett „úgysem használ”/futility kritérium). Ebben az esetben a következő meghatározást adhatjuk:

A haldokló az a beteg, akinél az élet meghosszabbítására irányuló intézkedéseknek már nincs értelme, azokkal fel kell hagyni, mivel azok, alapbetegségének a jelenlegi ismereteink szerinti kilátástalansága miatt már nem segítenek, hanem meghosszabbítják fájdalmát és akadályozzák a kikerülhetetlen halál beálltát.

Az intenzív terápiában tehát a „meghalás”/halál a kezelés kilátástalan prognózis miatti megszakítása és a halál beállta közötti fázis. **Ebben a szakaszban már csak minél több palliatív komfortintézkedést tehetünk.**

▶ **Kérdések:**

Miben áll a haldokló életminősége? Mit tekintek komfortintézkedésnek? Mennyiben lehet az intenzív osztályon a palliatív gondozás elveit

megvalósítani? Milyen lehetőségeket látok a helyzet javítását illetően?

12.3 Passzív és indirekt eutanázia

Manapság a végső fázisban, ha a fájdalom legyőzésének már nincs más lehetősége, messzemenően elfogadják az indirekt eutanáziát mind etikai, mind jogi szempontból. Az egyes esetekre nézve nem lehet biztonságosan megállapítani, hol a még nem halálos dózis határa.

Biztosan állítható, hogy a határ a nem halálos dózist illetően esetenként változik. Ugyanakkor a fájdalom hatékony kézben tartása akár meg is hosszabbíthatja az életet. Két elmélet játszik szerepet az ilyen helyzetek etikai értékelésében:

- A nem tiltott kockázat elmélete (probabilizmus)
- A kettős hatás („actus duplicis effectus") elmélete (XII. Pius pápa).

A passzív és az indirekt halálba segítés egész sor intézkedést, illetve mulasztást foglal magában: a kezelésről való lemondástól a kezelés csökkentésén át a kezelés megszakításáig. Mindegyik esetben külön meg kell vizsgálni, mennyiben szabad vagy szükséges a következő lehetőségek egyikével élni:

- a gyógyító terápia „befagyasztása"
- az antibiotikummal való kezelés megszakítása
- a táplálás és a folyadékbevitel megszüntetése
- a dialízis megszüntetése
- a mesterséges lélegeztetés megszüntetése
- komplikációk (tüdőgyulladás, tüdőödéma) kezelése.

Az orvosok gyakran észlelik, hogy olykor könnyebb egyik kezelésről lemondani mint a másikról. Gyakran könnyebb a gyógyító terápiát fokozatosan csökkenteni vagy befagyasztani, vagyis a kezelés fokozásáról lemondani, holott ezeket a kezeléseket kedvezőbb prognózis esetén még folytatták volna.

Sok orvosnak komoly gondot okoz az antibiotikumos kezelés megszakítása, a mesterséges etetés és folyadékbevitel, a dialízis vagy a mesterséges lélegeztetés megszüntetése, mert attól félnek, hogy ezekkel az intézkedésekkel növelik a beteg fájdalmát.

A **gyakran fellépő szövődmények**, mint a tüdőgyulladás vagy tüdőödéma **kezelése** is jelenthet etikai problémát. A haldoklónak egyrészt mindkettő fájdalmas is lehet, másrészt azt a lehetőséget jelentheti, hogy végre meghalhat. A palliatív orvosok figyelmeztetnek, hogy az ilyen betegek a komplikációik dacára békében halhatnának meg, ha nem a betegség okát, hanem a következményeit kezelnék, és a szenvedést enyhítenék.

Nagyon vitatott a **táplálás** és **folyadékpótlás** problémája azoknál a haldoklóknál, akik táplálásukat elutasítják. S. Husebø és E. Klaschik említenek egy haláláig éhségsztrájkot folytató beteget. Azt tapasztalták, hogy a halál folyamata fájdalmak nélkül ment végbe, a beteg fokozatosan az öntudatlanságig gyengült, és végül békésen meghalt. Ami a folyadékpótlást illeti, Husebø és Klaschik érvei szerint nincsen bizonyíték arra nézve, hogy a haldokló szomjúságát oltaná a bevitt folyadék. A szakirodalom vizsgálata arra a következtetésre juttatta őket, hogy a kiszáradás és az éhezés nem okoz fájdalmat, csupán kevés kellemetlenséget a száj kiszáradása miatt, amit viszont megfelelő módszerekkel enyhíteni lehet. „Minden egyes beteg esetében azt kell kérdeznünk, milyen előnnyel vagy hátránnyal jár az infúzió – a betegre nézve, a hozzátartozókra nézve és az orvosra nézve. A ma rendelkezésünkre álló tudományos adatok egyre inkább arra utalnak, hogy az orvos által elrendelt folyadékbevitel nem használ, és a haldoklóknak komoly megterhelést jelent." (Husebø/Klaschik 2009, 83.)

Bizonyos esetekben nemcsak a **dialízis megszüntetését** (is) lehet mérlegelni, amely urémiához (húgyvérűséghez) és nagyon békés meghaláshoz vezet, hanem még az egyébként **elterjedt mesterséges lélegeztetés megszakítását** is. Egyrészt a lélegeztetés befejezése és a légzőkészülék levétele többletfájdalmat okozhat, másrészt a mesterséges lélegeztetés és esetenként a szobalevegő szintjéig csökkentett oxigénbevitel csak a beteg szenvedéseinek meghosszabbítását jelentheti.

Nem az a döntő kérdés, hogy mennyire megterhelő egy ilyen helyzet az orvosi személyzetnek vagy a hozzátartozóknak, hanem egyedül az: hogyan lehet minél hatékonyabban enyhíteni a beteg fájdalmát és elejét venni a még több szenvedésnek (komfortterápia).

12.4 Kérésre történő ölés és orvosi segítséggel történő öngyilkosság

12.4.1 Eutanázia

Jogi értelemben **háromféle eutanáziát** különböztethetünk meg:

- **önkéntes** eutanázia, vagyis a beteg megölése annak kérésére,
- **nem önkéntes eutanázia**, vagyis annak az embernek a megölése, aki abba kifejezetten sem nem egyezett bele, sem nem ellenezte azt,
- **kényszerű eutanázia**, amelynek esetében a beteget nyilvánvalóan kifejezett, felismerhető vagy feltételezett akarata ellenére megölik.

Az eutanáziavitákban ezt a harmadik formát mindenki egyértelműen elítéli; ez volt az, amelyet a „Harmadik Birodalomban" követtek el a fogyatékos emberekkel szemben.

Mégis, amikor az eutanáziát az önkéntes eutanáziára próbáljuk korlátozni, a gyakorlatban kiderül, hogy azt nehéz megkülönböztetni a nem önkéntes eutanáziától.

Az eutanázia kérése akár odafigyelést igénylő segélykiáltás is lehet, vagy súlyos depresszió jele. Ilyen helyzetben az érintetteket különösen óvni kell, akár éppen saját maguktól is. Fennáll a veszély, hogy ebben az ő vélt autonóm döntésükben tulajdonképpen a környezetükből érkező külső vagy pszichikai nyomásnak vannak kitéve (például hogy nem akarnak hozzátartozóik terhére lenni).

Ugyanakkor azt is fontolóra kell venni, hogy az eutanáziapártolók által követelt, önkéntes halálhoz való jog oda vezethet, hogy nem an-

nak kell majd igazolnia magát, aki ezzel a joggal élni akar, hanem annak, aki ezt nem akarja igénybe venni. Az egyes eseteken túlmenően ez **megváltoztatja a szociális légkört** és a társadalom viszonyulását a szenvedéshez és a halálhoz.

> Lényeges etikai probléma mindhárom esetben az élet értékének, illetve a méltóságteljes halálnak a fogalma. Az aktív eutanázia esetében az értékítéletből egzisztenciális ítélet lesz.

12.4.2 Orvosi segítséggel történő öngyilkosság

Ausztriában mind a kérésre történő ölést, mind az öngyilkosságban segédkezést büntetik. **Svájcban** a büntethetőséget azokra az esetekre korlátozzák, amikor valaki egy másik személyt önző okokból öngyilkosságra indít, vagy segédkezik neki (svájci büntető törvénykönyv 114. szakasza). **Németországban** ellenben az öngyilkosságban való segédkezés általában nem büntethető. Nyilvánvalóan ez nem jelenti azt, hogy az orvosok segédkezhetnek az öngyilkosságnál. Sőt az orvosi hivatásjog alapján különleges kezes szerepet és gondoskodási kötelességet vállaltak, ami homlokegyenest ellenkezik az orvosi segítséggel történő öngyilkossággal. Ellenkező esetben az orvosoknak büntetőeljárással kell számolniuk. Az uralkodó szempont az, hogy egy meghiúsult öngyilkossági kísérlet esetén az orvosnak kezes szerepénél fogva akkor is kötelessége kezelni a beszámíthatatlan beteget, ha az az életmentő intézkedéseket elutasítja.

2015-ben a német szövetségi parlament hosszas vita után kimondta az öngyilkosság részvétlen/személytelen segítésének tilalmát. A büntető törvénykönyv 217. számú új szakasza ellentmondásos reakciókat váltott ki. A törvény bírálói attól félnek, hogy jogilag még jobban elbizonytalanítják azokat az orvosokat, akik egyes esetekben készek öngyilkosságban segédkezni. Azt kérdezik, hogy arra az orvosra is ráhúzható a részvétlenség vádja, aki bár ismételten nyújtott segítséget öngyilkosoknak, nem reklámozta az öngyilkosságot vagy nem hozott létre szervezetet az öngyilkosság propagálására. Valószí-

nűleg még a palliatív gondozást végző orvosok is el fognak bizonytalanodni. Igaz viszont, hogy a büntető törvénykönyv említett új szakasza azoknak a büntetését helyezi kilátásba, akik az öngyilkosság részvétlen segítését *előmozdítják*.

Büntető törvénykönyv 217. szakasz (1):
„Aki egy másik személy öngyilkossága előmozdításának szándékával ehhez neki személytelenül/részvétlenül lehetőséget biztosít, lehetőséget szerez vagy közvetít, három évig terjedő szabadságvesztéssel vagy pénzbüntetéssel büntetik."

Ez a tilalom csak olyan orvosokra vagy nem orvosokra vonatkozik, akik az öngyilkosság elősegítését elvileg pártolják és szándékosan és rendszeresen segítséget akarnak öngyilkossághoz nyújtani. Azt az orvost, aki egyedi súlyos helyzetben öngyilkosság-segítés mellett dönt, nem érinti ez a törvény, még akkor sem, ha hivatásának gyakorlása közben többször kerül ilyen helyzetbe és az adott egyedi esetben újra úgy dönt, hogy segítséget fog nyújtani öngyilkossághoz. Az új törvény vállalható kompromisszumnak tekinthető.

A német szövetségi orvosi kamara alapelveinek 1998-as új változata a haldoklók orvos által a halál felé való elkísérése tárgyában megállapítja:
„Az aktív eutanázia megengedhetetlen és büntetendő még akkor is, ha a beteg kérésére történik. Az orvos öngyilkosságnál való együttműködése ellentmond az orvosi ethosznak és büntetendő is lehet."

Az osztrák orvosi kamara osztja ezt az álláspontot.

Ám **2011-ben** a német orvosi kamara **alaposan átdolgozta** a halálba segítésről szóló alapelveit. Ez a változat most erőteljesebben hangsúlyozza a beteg önrendelkezési jogát. A halálba segítésről és az öngyilkosság segítéséről most ez áll benne:

„Egy nyilvánvaló haldoklási folyamatot nem kell életfenntartó gyógykezeléssel mesterségesen hosszúra nyújtani. Ezen kívül pedig, ha a beteg úgy akarja, lehetővé kell tenni a meghalást a már elkezdett orvosi kezelés elmulasztásával, korlátozásával vagy befejezésével. Ez érvényes a mesterséges táplálék- és folyadékbevitelre is. A beteg megölése viszont büntetendő, még akkor is, ha a beteg kérésére történik. Orvos együttműködése az öngyilkosságnál nem orvosi feladat."

A korábbi állásponttól eltérően a Szövetségi Orvosi Kamara tehát nem ítéli el az orvost, ha lelkiismereti okok miatt úgy ítéli meg, segédkezni akar az öngyilkosságban. Etikai és jogi szempontból szükségesnek látszik különbséget tenni az öngyilkosságban való **aktív és passzív segédkezés** között. Az öngyilkosságban való aktív segítségről akkor beszélünk, amikor az orvos a betegnek például barbiturátokat ír fel, s ha a beteg beveszi őket, meghal. Az öngyilkosságnál passzív segítségről pedig akkor beszélünk, amikor az orvos nem akadályozza meg az öngyilkossági kísérletet, vagy nem avatkozik közbe, amikor olyan öngyilkosra bukkan, akit újra lehetne éleszteni. Ez a magatartás mindenképpen ellentétben áll az orvos kezességi pozíciójával, amelyet a német törvények előírnak neki. Még ha az orvosnak az öngyilkosságban való közreműködése nem része is az orvosi hivatásnak, az orvosi segítséggel történő öngyilkosságnak is vannak **határesetei.** Ide tartozik egyrészt, ha a palliatív orvoslásban tudomásul veszik a beteg részéről a táplálás elutasítását, ami halálhoz vezethet. Másrészt elképzelhető, hogy a beteg az orvostól bizalmas beszélgetésben felvilágosítást kér különféle öngyilkossági módszerekről. Ebben az esetben megfontolandó, hogy az öngyilkosság lehetőségeit illető bizalmas beszélgetésnek az öngyilkosság megakadályozása is eredménye lehet. A fájdalommentes öngyilkossági módok ismerete bizonyos esetekben pszichikailag megnyugtató lehet.

Arról van tehát szó, hogy konkrét helyzetekben a törvényes rendelkezések és a hivatásjogi alapelvek nem szüntethetik meg az orvos saját felelősségét.

Van már néhány európai ország (Hollandia, Belgium, Luxemburg), amelyekben bizonyos feltételek mellett nem tekintik büntetendőnek, ha az orvos a beteg életének – kérésére – véget vet, vagy ha neki az öngyilkossághoz segítséget nyújt. Azt is szem előtt kell tartani az öngyilkosságról folytatott vita során, hogy az öngyilkosság **nem büntethetőségéből nem lehet az öngyilkossághoz való pozitív jogot** és az öngyilkosságban való segítségnyújtás jogát levezetni. Ezt a tényt leszögezte az EU Emberjogi Bírósága Diane Pretty angol ALS-beteg (amiotrófiás laterálszklerózis) ügye kapcsán.

▶ **Példa: A Pretty-ügy**

Feltűnést keltett 2002 tavaszán Diane Pretty esete, aki az Európai Emberjogi Bíróságon azt szerette volna elérni, hogy férjét ne tekintsék bűnösnek, ha segít neki az öngyilkosságban, amit bénulása miatt nem tudott volna végrehajtani. Diane Pretty gyógyíthatatlan amiotrófiás laterálszklerózisban (ALS) szenvedett, amely fokozatos bénulással járt. A felperes tehát fizikailag nem lett volna képes az öngyilkosságra. Az Európai Emberjogi Bíróság az Európai Emberjogi Egyezmény 2. szakasza alapján úgy döntött, hogy az élethez való jog nem foglalja magában az öngyilkosság vagy a kérésre való ölés jogát. Ellenkező esetben azzal lehetne érvelni, hogy azoktól a betegektől, akik nem képesek öngyilkosságot elkövetni, valamilyen kedvezményt elvesznek. Ezzel az érveléssel végső soron igazolni lehetne a nem önkéntes eutanáziát, ami etikailag és jogilag megengedhetetlen.

A szenvedés leküzdése lehetőségének ott van a határa, ahol csak azon az áron lehetne a szenvedést megszüntetni, ha a szenvedő embernek, vagyis a haldoklónak az életét kioltjuk. Ha az ilyen magatartást megengednénk, az beláthatatlan következményekkel járna az orvosi és a többi gyógyító hivatás ethoszára nézve.

Jóllehet a kérésre történő emberölés jogát etikai szempontból nem lehet igazolni, komolyan kell venni az aktív eutanázia törvényes men-

tességének kérdését. Mennyire emberséges az a társadalom, amelyben egyre több ember már csak a saját halála feletti szabad rendelkezés jogában látja méltóságteljes életének és halálának védelmét? **Szükséges lenne úgy átformálni a társadalmi viszonyokat, de a kórházakban és gondozóotthonokban az orvoslást és a betegápolást is, hogy tartsák tiszteletben az ember méltóságát életében és halálában egyaránt.**

12.5 Vezérfonal ember voltunk és az emberiesség értelmezéséhez az eutanázia kérdésében

Az alábbi vezérgondolatokat az „Arzt und Seelsorger" (Orvos és lelkigondozó) nevű munkacsoport fogalmazta meg az Iserlohni Protestáns Akadémián:

1. Senkinek sincs joga más ember helyett dönteni arról, hogy az illető életét milyen körülmények között tartsák vagy kezeljék úgy, mint amelyet érdemes (vagy nem érdemes) élni.
2. Senkinek sincs joga embert ölni, sem mást, sem önmagát. Az ember önrendelkezési jogából nem következik az öngyilkossághoz való jog.
3. Senkinek sincs joga valakit tartósan olyan életre kényszeríteni, amelyet az illető nem tud saját életeként elfogadni, amelynek nem látja értelmét.
4. Senkinek sincs joga elítélni azt, aki élethelyzetének tartós és súlyos hanyatlása miatt nem látja élete értelmét, és nincs sem ereje sem akarata ezt az életet élni.
5. Senkinek sincs joga önmagát úgy megvalósítani mások kárára, hogy mások ezáltal elveszthetik életterüket, életfolytatásuk eszközeit és reménységét.
6. Senkinek sincs joga a szenvedésben való részvét elutasításával a másik embert életkedvétől és reménységétől megfosztani. Gyanús, hogy a „szánalomból való emberölés" valójában a szánalom (az együtt szenvedni tudás) hiányából történik.

7. Senkinek sincs joga elítélni azt az embert, aki elkerülhetetlen csapás (például hozzátartozójának balesete) alkalmával nem bizonyul elég érettnek ahhoz, hogy másokat vigasztaljon.
8. Senkinek sincs joga mentegetőzni akkor, amikor emberségünket csak vétkünk elismerésével és vállalásával őrizhetjük meg.

Az idézet helye: *Zwischen Mitleid, Mord und Menschlichkeit. Thesen, Texte und Anregungen für das Gespräch über Sterbehilfe* (Részvét, emberölés és emberiesség. Tételek, szövegek és gondolatok az eutanáziavitához) (Szolgálati útmutató a vesztfáliai protestáns egyház számára, B. sorozat, 80. sz. füzet), Bielefeld 1990, 15–23.

12.6 Összefoglalás

A modern orvoslás egyoldalúan gyógyító dimenziójával szemben nagyobb hangsúlyt kellene helyezni a palliatív orvoslásra és betegápolásra. A palliatív ápolás integráló elgondolás, amely magában foglalja a haldoklók, halálos betegek ápolását, orvoslását, spirituális támogatását, de kizárja az aktív eutanáziát. Alapjában véve hasznos és szükséges, de egyes esetekben kifejezetten nehéz különbséget tenni a halálba segítés eltérő formái között. Különbséget szoktak tenni a halált nem siettető eutanázia, a halált siettető eutanázia, az élet meghosszabbításának elmulasztása és a szándékos ölés (önkéntes, nem önkéntes, kényszerű) között. Az utóbbi törvénytelen. Ugyanakkor vitatott, hogy jogi és etikai alapon megengedhető-e az öngyilkosság orvosi segítséggel. A haldoklás fázisában etikai alapon megengedett a gyógyító terápia és diagnosztika megszüntetése, amennyiben az élet meghosszabbítása átcsap az etikailag már vállalhatatlan haldokláshosszabbításba. Amennyiben nem javallott a további kauzális terápia, akkor elsőbbséget élveznek a haldoklók életminőségét javító komfortintézkedések.

12.7 Irodalom

Hegselmann, R./Merkel, R. (szerk.): Zur Debatte über Euthanasie. Beiträge und Stellungnahmen. Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1991.

Holderegger, A. (szerk.): Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus medizinischer, ethischer, juristischer und theologischer Sicht (SThE 80). Universitätsverlag Freiburg/Herder, Freiburg i.Br./Wien 1999.

Husebø, S./Klaschik, E.: Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Springer, Berlin/Heidelberg/New York [5]2009.

Knipping, C. (szerk.): Lehrbuch Palliative Care. Huber, Bern [2]2006.

Oduncu, F.: In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007.

Schardien, S. (szerk.): Mit dem Leben am Ende. Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion zur Sterbehilfe in Europa (Edition Ethik 3). Edition Ruprecht, Göttingen 2010.

Student, C. (szerk.): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Herder, Freiburg i.Br. [3]2008.

Zimmermann-Acklin, M.: Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung (SThE79). Universitätsverlag Freiburg/Herder, Fribourg/Freiburg i.Br. 1997.

13 INTENZÍV GYÓGYÁSZAT ÉS SZERVÁTÜLTETÉS

Mikor halott az ember? Mikor szűnik meg a kezelés és ápolás kötelezettsége? Mikortól és milyen törvényes feltételekkel lehet emberektől életfontosságú szerveket elvenni? Miképpen értékelhető etikai szempontból a szervátültetés? Milyen etikai kérdéseket vet fel az intenzív gyógyászat és a szervátültetés a betegápolás etikájának szempontjából? Jelen fejezet az agyhalál és szervátültetés etikai és jogi alapjairól szól.

13.1 Az agyhalál

A nemzetközi orvostudományi standardok értelmében általában az agyhalál számít a halál tényének megállapításában biztos és elégséges feltételnek (az agyhalál mint kritérium). Valójában a Németországban, Svájcban és Ausztriában elfogadott kritérium, a **teljes agyhalál,** azaz a nagyagy, kisagy és az agytörzs minden funkciójának leállása nemzetközileg nem egyöntetűen elfogadott kritérium. Emellett létezik még két, a **részleges agyhalállal** kapcsolatos általános nézet: egyrészt a nagyagy, illetve az agykéreg halálára vonatkozó, másrészt az agytörzs halálára vonatkozó nézet.

Mindezek az agyhalálra vonatkozó felfogások az emberi létezéssel és az emberi élettel kapcsolatos különböző viszonyulást jeleznek. Az emberi agy és funkcióinak antropológiai értékelése érinti a test-lélek, az én és az én-tudat, illetve a szellem problémáját, valamint a személy fogalmának kérdését. Összegezve, az agyhalál kritériuma és ennek különböző értelmezései minden esetben vallási, illetve világnézeti kérdéseket is érintenek.

Az agyhalál fogalmának értelmezése szükségessé teszi a kérdést, hogy ki a meghalás és az azt megelőző élet alanya. Erre a kérdésre nem adható olyan egyszerű válasz, amely a meglévő **organizmusra** hivatkozik. Egy ilyen válasz összetéveszti az individualitást a szubjektivitással, ez utóbbi ugyanis feltételezi az **identitás** fogalmának tisztázását. Míg ugyanis az individualitás az egyedi és az általános, az egyes szám és a többes szám ellentétéből magyarázható, és ezáltal valójában csak számszerű fogalom, addig az identitás fogalma feltételezi a minden változáson túl megmaradó összetéveszthetetlenséget és önazonosságot. Az identitás identifikációs folyamatokra épül, amelyeket az érintett individuum végez, vagy vele végeztetnek.

Az **ember** fogalmát, amely szükséges feltétele annak, hogy válaszolni tudjunk a kérdésre, miszerint egy bizonyos ember (még) létezik, nem lehet könnyen felcserélni az emberi szervezet fogalmával. Pontosan az a nyitott kérdés a halál pillanatának meghatározásával kapcsolatban, hogy az élő vagy életben tartott szervezet milyen mértékben és meddig azonosítható egy bizonyos személlyel vagy egy konkrét emberrel.

Azt is hangsúlyoznunk kell, hogy a **halál** nem egy pillanat alatt áll be, hanem **folyamatszerűen** történik. Szigorúan véve nem is lehet megfigyelni, csupán a beállta után megállapítani, de még ez a diagnosztizálás is attól a meghatározástól függ, hogy mit is értünk valójában az ember halálán. Egyáltalán nem vitás, hogy amikor az agyhalált és az egyén halálát egyenlőnek vesszük, csupán abban az **időpontban** egyezünk meg, amelyben a halál már beálltnak tekinthető.

Ugyanakkor különbséget kell tenni a halál megállapításának **kritériumai** és a halál lehetséges **definíciói** között.

Az a tény, hogy a halál lehető legkorábbi megállapításának kritériumai a mai intenzív gyógyászati körülmények nyomán megváltoztak, nem jelenti azt, hogy a halálnak az orvostudományban és az igazságszolgáltatásban eddig érvényes meghatározása már nem érvényes. Ugyanakkor az sem teljesen önkényes megállapítás, ha a halál pillanatát az agyhalál beálltának bizonyítékával azonosítjuk.

Az Egyesült Államok elnökének bioetikai tanácsadói által „Controversies in the Determination of Death” (Ellentmondások a halál definíciója körül) címen 2008-ban kiadott „Fehér könyv” és az agykutatás újabb eredményei kirobbantottak egy új vitát az agyhalál kritériumairól. De nem csupán orvosi szempontból, hanem a keresztyén antropológia szempontjából is, amely a bibliai tradíció alapján az embert oszthatatlan test-lélek egységnek tekinti, jó okunk van arra, hogy az agyhalált a személy halálával azonosítsuk. „Ha […] a szervezet, mint integrált egész az *élet hordozója*, akkor nem a részfunkciók kiesése, hanem a teljes rendszer visszafordíthatatlan összeomlása jelenti a szervezetnek mint lelkes testnek és egyénnek a végét és halálát." (Eibach 1997)

Az agyhalált nem azért azonosítják a személy halálával, mintha az agy lenne egyedül a személyiség vagy az öntudat székhelye (dualista antropológia), hanem mert mai tudásunk szerint az agy az az irányító szerv, amely az egész szervezet egyetlen testi-lelki egységbe integrálását garantálja. Sem az agy a testünk nélkül, sem a test az agyunk nélkül nem képes önmagában emberi személyt alkotni vagy annak identitását biztosítani.

Az orvostudomány mai állása szerint diagnosztizált agyhalál azért számít elegendő kritériumnak a halál megállapításához, mert irreverzibilis. Ahol a még oly vitatott agyhalált mint ismérvet elfogadják is, vannak mellette más kritériumok, amelyek tanúsítják, hogy visszafordíthatatlanul beállt a halál: a szív- és érrendszer irreverzibilis leállása, a légzés irreverzibilis megszűnése, hullafoltok, hullamerevség, bomlási folyamatok.

Természetesen kritikusan kell a **részleges agyhalál meghatározásait** értékelnünk, amelyeket az Egyesült Államok orvosi etikai szakértői képviselnek (például R. M. Veatch). Azt, hogy a nagyagy visszafordíthatatlan leállása egyenlő a személy halálával, azért kell visszautasítanunk, mert azt jelentené, hogy visszaestünk egyrészt a dualista antropológia csapdájába, amely egynek tekinti az ember személyiségét az

ember racionalitásával és tudatával, másrészt a dualista antropológia rég túlhaladottnak hitt rétegmodellje csapdájába. Ez az antropológia ráadásul előkészíti a talajt utilitarista nézetek számára, hogy elvitassa anencephaliával született gyermekek vagy apalliumos szindrómában szenvedő betegek személyiségjogát és ezzel együtt emberségét azzal a céllal, hogy erkölcsileg igazolhassák szervkivétel miatti, vagy egyszerűen a gondozási költségek csökkentése érdekében való megölésüket. Ez etikai szempontból elfogadhatatlan.

▶ **Kérdések:**

Hogyan látom én személyesen a halált? Felfogásom szerint akiknél beállt az agyhalál, valóban halottak vagy csupán az életük utolsó szakaszában lévő haldoklók? Hogyan viszonyulok azokhoz a különböző, halállal kapcsolatos nézőpontokhoz, amelyekkel találkozom a betegekkel, a rokonaikkal, illetve a munkacsoportomban vagy személyes környezetemben?

13.2 A szervátültetés (transzplantáció) etikája

Transzplantáción általában egy élő vagy halott donor szöveteinek vagy szerveinek átadását értjük egy recipiens számára. Ebbe a tág meghatározásba beleérthető a vérátömlesztés is, de a génterápia és az őssejtterápia is.

Szűkebb értelemben véve a transzplantációs orvostudomány, vagyis a szervátültetés új lehetőséget jelent arra nézve, hogy emberi életeket menthessünk meg vagy a tartós sérülést szenvedett betegeken hosszú távon segíthessünk. A transzplantációs orvostudomány elvileg mind az etika szemszögéből nézve, mind a világvallások szempontjából teljes támogatást érdemel. De ennek az a feltétele, hogy tartsa tiszteletben az etikai határokat.

Az etikai határok tiszteletben tartása először is a szervkivételre és a szervadományozásra vonatkozik. Különbséget kell tenni

- **életben levő** donor és
- **halott** donor között.

A részleteket illetően a szerv-, illetve szövetátültetésnek három fajtája van:

- **autogén vagy autotranszplantáció** (autograft): a donor és az elfogadó azonos (pl.: saját vér átömlesztése, bőr- vagy csontátültetés),
- **allogén vagy allotranszplantáció** (allograft): az adományozó és a befogadó egyazon fajhoz tartozik,
- **xenogén vagy xenotranszplantáció** (xenograft): szervátvitel a fajon kívül (például állatból emberbe).

Az életfontosságú szervek, mint a szív vagy a máj eltávolítása az adományozó halálát feltételezi. Az agyhalált mint kritériumot etikai szempontból általában elismerik, de esetenként aggodalmakba ütközik. Hasonlóképpen vitatott, hogy az adományozó még életében kifejezetten beleegyezését adta-e a szervkivételhez **(„beleegyező megoldás")**, mint például Németországban, vagy egy világosan kifejezett elutasítás hiánya már elégséges etikai és jogi alap a szervkivételhez **(„elutasító megoldás")**, mint például Ausztriában. Vitatható, hogy beszélhetünk-e a szervadományozásról mint erkölcsi kötelességről. Az élő adományozók (például egy vese) esetében ez nyilván nem érvényes. Etikai szempontból azonban feltétlenül támogatni kell az önkéntes szervadományozást. Keresztyén szempontból értelmezve a szervadományozás a felebaráti szeretet aktusa. Etikátlan a szervkereskedés, nem is beszélve a szervek erőszakkal történő elvételéről.

A transzplantációs orvoslásnak etikai szempontból nemcsak a **szervadományozóra** kell tekintettel lennie, hanem a **szerv elfogadójára** is. Nem csupán arról van szó, hogy mérlegelni kell az átültetés lehetséges hasznát a kockázatokkal szemben, hanem arról is, hogy a betegtől megfelelő együttműködést kell elvárni, azaz olyan magatartást vagy életmódváltást, hogy legyen egyáltalán kilátása a sikerre. Tekintettel arra, hogy általában nincs elég szerv, a transzplantáció hasznát élvező befogadónak is nagy az etikai felelőssége.

A jövőre nézve alternatív megoldásnak látszik a – részben, különösen a hematológiában már alkalmazott – őssejtterápia és a **xenotranszplantáció**. A transzgenikus állatok tenyésztése transzplantációs orvoslás céljából etikailag alapvetően elfogadható, de csak ha felbecsülték a befogadó számára fennálló kockázatokat (retrovírusok, az állati szervek élettartama az emberi szervezetben). Persze figyelembe kell venni az ezzel kapcsolatos állatvédelmi problémákat is.

Lehetséges biztonsági kockázatoktól (például rákkeltő tulajdonságok) eltekintve az **őssejtterápia** alapvetően nem okoz gondot etikai szempontból. Etikai problémák merülnek fel azonban az **emberi embrionális őssejtek** felhasználásánál, mivel ezek kivételekor emberi embriók semmisülnek meg. Ennek az eljárásnak az elfogadhatósága etikai szempontból azért kérdéses, mert az embrió ontológiai, erkölcsi és jogi státusa nincs tisztázva. Az álláspontok skálája széles: az embrióknak puszta sejthalmazként való felfogásától egészen addig, hogy az embrió az emberi személlyel egyenértékű, ezért az újszülöttekkel egyenlő emberi méltóság és ugyanúgy teljes életvédelem illeti meg őket. Szintén vitatott az őssejtek nyerése úgynevezett „terápiás klónozás" útján, melynek során egy testi sejtmagnak olyan petesejtbe való áthelyezésével, amelyből eltávolították a sejtmagot, életképes sejtet nyernek, ami már embriónak tekinthető, s ezért ugyanazok az erkölcsi és jogi problémák merülnek fel, mint petesejtnek magsejttel történő megtermékenyítése során keletkező embrióval kapcsolatban. Valójában mind etikailag, mind jogilag vitatható, hogy a „terápiás klónozással" nyert életképes sejtek valóban embriók vagy sem. (Például a Nagy-Britanniában érvényben lévő törvények szerint ez esetben nem embrióról van szó.)

A transzplantációs orvoslás támogatása mellett nem szabad elhanyagolni az egészségvédelmet sem. Nagyon sok szervkárosodás az egészségtelen életmód következménye. A megelőző orvoslás mindig jobb, mint a rehabilitáció, még ha ez utóbbiról nem mondhatunk is le.

13.3 Törvényes szabályozás

Az elhunytak szerveinek adományozásánál Ausztriában az úgynevezett **„elutasító megoldás"** érvényes: Aki nem tiltotta meg kifejezetten (írásban), az potenciális szervdonornak számít. Más országok a **„beleegyező megoldást"** gyakorolják. Ez esetben csak az lehet szervdonor, aki életében kifejezetten (írásban) beleegyezését adta. Mind az elutasító, mind a beleegyezéses megoldásnak van bővített formája: Ami az elutasításos megoldást vagy a hozzájárulásos megoldást illeti,

ha a donornak nincs írásos nyilatkozata, akkor a rokona vagy a törvényes meghatalmazottja dönt. A német transzplantációs törvény a beleegyező megoldásnak ezt a bővített változatát tartalmazza. A törvénynek egy 2012-ben életbe lépett kiegészítése ezekhez még hozzáveszi az úgynevezett **„döntéssel való megoldást”**. Azóta mindenkitől, akinek betegbiztosítása van és a 16. évet betöltötte, rendszeresen megkérdezik, hogy halála esetén hajlandó-e szerveit felajánlani.

Svájcban a 2004-ben hatályba lépett transzplantációs törvény szabályozza a szervek, szövetek és sejtek átültetését. A szervek és szövetek kivételére vonatkozóan a bővített beleegyezéses megoldást alkalmazzák. Az elhunytak szerveinek elvétele esetében az agyhalál kritériuma érvényes.

Egyes országokban, például az Egyesült Államokban és Kanadában, de Ausztriában, Svájcban, Hollandiában, Nagy-Britanniában, Spanyolországban, Franciaországban és Belgiumban a szív- és érrendszeri betegségekben meghalt donoroktól is lehet szerveket elvenni. Úgy nevezik őket, hogy **Non-Heart-Beating-Donors** (NHBC – donorok, akiknek a szíve már nem ver), illetve ilyen nevet is kapott az eljárás: **Donation after Circulatory Determination of Death** (DCD – adományozás érrendszeri eredetű halál után). Az a kritériuma, hogy 10 perc teljen el a szív- és érrendszer leállása után, és a test hőmérséklete is normális (legalább 34,0 °C) legyen. Az elgondolás azért született meg, mert egyre kevesebb volt a donor, utána viszont az Egyesült Államokban jelentősen nőtt a szervadományozás. E gyakorlat (tudniillik az NHBC és a DCD) bevezetésénél azzal érveltek, ha nem kísérelik meg az újraélesztést, amely még szívleállás esetén is átvérzéshez vezethet, a szív- és érrendszeri leállás miatt megszakad az agy vérellátása és azzal beáll a halál.

Az 1995-ben született úgynevezett maastrichti kritériumok alapján az NHBD/DCD típusú eljárásnak négy kategóriája van:

- I.: a halál beállta a kórházba érkezéskor
- II.: a halál beállta sikertelen újjáélesztés után
- III.: a halál beállta az életmentő eljárás megszakítása után
- IV.: az érrendszer leállása az előzetesen elszenvedett agysérülés miatti halált követően.

Ausztriában a Legfelső Egészségvédő Tanács 2013. november 16-án kelt ajánlásai, valamint a „Gesundheit Österreich" GmbH által kiadott, „DCD" című, 7. számú vezérfonal van érvényben. Mind a két dokumentum a Svájci Orvostudományi Akadémia 2011. május 24-i irányvonalait követi.

A német jog, a Szövetségi Orvosi Kamara és a Német Etikatanács (2015) többsége azzal utasítja el ezt a kritériumot, hogy a biológiailag lehetetlen újjáélesztés és ezzel együtt a visszafordíthatatlan szívleállás, mint halálra utaló biztos jel sem az időtartam alapján, sem más kritérium alapján nem bizonyítható, és ezért nem tekinthető egyenértékűnek az agyhalál-diagnózissal. Másik ellenvetés az, hogy a hozzátartozók, akiket gyakran be kell vonni ezekbe a döntésekbe, úgy érezhetik, kényszerítik őket, hogy egyezzenek bele a kezelés túl korán történő megszakításába.

A diagnózis bizonytalanságától eltekintve, ami etikai szempontból is problémás, különbséget kell tenni az orvosi szempontból lehetetlen újraélesztés között és a között az újjáélesztés között, amelyet nyomós okból („úgysem használ"/futility) abbahagytak vagy nem végeztek. Az újjáélesztés megszakításának említett indokait kizárólag a beteg javának érdekében lehet felhozni (ld. a beteg eszközzé alacsonyításának tilalmát), nem pedig harmadik fél érdekében. Az újjáélesztésről betegrendelkezés formájában is le lehet mondani, és ez jogilag is, etikailag is megengedett. De ezt a lemondást nem szabad összekapcsolni a szervadományozás szándéknyilatkozatával, hogy ezzel minden idegen érdek kizárható, és a kérésre történő ölés határa védve legyen.

Etikai szempontból elfogadhatatlan, ha a szív és keringési rendszer leállása a még kilátással biztató újraélesztési intézkedésekről való tudatos lemondás nyomán történik anélkül, hogy a beteg vagy annak törvényes képviselői beleegyezésüket adták volna az életmentő intézkedésekről történő lemondáshoz.

A halott donor általi szervadományozást meg kell különböztetni az élő donor által történő adományozástól (például vese adományozása). Nemzetközi szinten súlyos probléma, hogyan lehet megakadályozni a bűncselekményeket és a szervkereskedést, amelyekkel az emberek gazdasági nyomorúságát használják ki.

Az **„elutasító megoldás" ausztriai nyilvántartását** az Osztrák Szövetségi Egészségügyi Intézet végzi (Stubenring 6, 1010 Bécs, Tel. 01/51561-0, Fax: 01/5138472).

A **Német Szövetségi Orvosi Kamara állásfoglalásai, irányelvei és ajánlásai** a Deutsches Ärtzteblatt internetes oldalain találhatók (http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/).

A következőkről van szó:

- A Szövetségi Orvosi Kamara tudományos tanácsa: Irányelvek az agyhalál megállapítására (Deutsches Ärzteblatt 1998.07.24.)
- A kiadók közleménye (Szövetségi Orvosi Kamara): A szívmegállás utáni szervkivétel (Deutsches Ärzteblatt, 1998.12.11.)
- Nyilatkozat az agyhalálról (Szövetségi Orvosi Kamara, Deutsches Ärzteblatt, 2001.05.25.)
- A szervátültetésre vonatkozó irányelvek a szervátültetési törvény 16. szakasza nyomán (Szövetségi Orvosi Kamara, Deutsches Ärzteblatt, 2000.02.18.)
- Ajánlások az élő donortól való szervátültetésre (Szövetségi Orvosi Kamara, Deutsches Ärzteblatt, 2000.12.1.)
- A Német Szövetségi Orvosi Kamara tudományos tanácsának állásfoglalása a xenotranszplantációról (Szövetségi Orvosi Kamara, Deutsches Ärzteblatt, 1999.07.19.)
- Irányelvek egy szaruhártyabank létrehozásához (Szövetségi Orvosi Kamara, Deutsches Ärzteblatt, 2000.8.7.)
- Irányelvek egy csontbank létrehozásához (Szövetségi Orvosi Kamara, Deutsches Ärzteblatt 2001.4.13.).

Kivonat az osztrák szervátültetési törvényből

§ 5. (1) Megengedhető az elhunytak egyes szerveit eltávolítani, hogy azok átültetésével egy másik ember életét megmentsék vagy egészségét helyreállítsák. A szervek alkalmasságának megállapítását és kiválasztását az or-

vostudomány állása szerint kell végezni. A szerv eltávolítása nem engedhető meg, ha az orvosoknak olyan nyilatkozatot mutatnak be, amelyben az elhunyt, vagy halála előtt annak törvényes képviselője a szervadományozást kifejezetten megtiltotta. Ilyen nyilatkozatnak számít az is, amelyet a „Gesundheit Österreich" GmbH-nál vezetett „elutasító nyilatkozatok" nyilvántartásába vezettek. A szervkivételt nem szabad a holttest kegyeletsértő módon történő torzításával végezni.

(2) A szerv eltávolítását csak akkor szabad elvégezni, ha önálló hivatalgyakorlásra feljogosított orvos megállapította a halál beálltát. Ez az orvos sem a szervkivételt, sem a transzplantációt nem végezheti. Ezeken a beavatkozásokon sem résztvevő, sem érintett nem lehet.

(3) A szerv kivételét csak olyan szerveltávolító csoport végezheti, amely megfelel a Kórházakról és Gondozóintézetekről szóló Szövetségi Törvény (1/1957. sz.) 16. szakasza 1. bekezdése a) pontjában és c)–g) pontjaiban leírt feltételeknek.

(4) Az elhunytak szerveinek átültetés céljából való teljes vagy részleges eltávolítása elsőbbséget élvez a sejtek vagy szövetek embereknél való felhasználásra való eltávolításával szemben. Az elhunytak teljesen vagy részlegesen eltávolított szerveinek felhasználását nem szoríthatja háttérbe a sejtek vagy szövetek embereknél való felhasználásra való eltávolítása.

§ 8. (1) 18. életévüket még be nem töltött személyek nem lehetnek szervadományozók.

(2) A donorok alkalmasságának megállapítását és kiválasztását az orvostudomány állásának megfelelően kell végezni.

(3) A szervkivétel csak akkor végezhető el, ha az eltávolítás előtt egy orvos részletesen és a donor számára érthető módon felvilágosítja az élő donort a tervezett szerveltávolításról, annak céljáról, az azzal kapcsolatos kockázatokról és következményekről, különösen

az eltávolítás után esetleg szükségessé váló vizsgálatokról, analitikus tesztekről, az észlelt rendellenességek következményeiről, az eltávolított szerv gyógyászati céljáról, a recipiensnek jelenthető hasznáról, a várható siker kilátásairól, a donor és adatai védelmére hozott intézkedésekről, valamint a titoktartási kötelezettségről, és miután a donor a szerveltávolításhoz, a tesztek elvégzéséhez és a szerv további felhasználásához beleegyezését adta. Arról is fel kell világosítani, hogy a donornak saját védelme érdekében rendszeres orvosi utóellenőrzésen kell majd részt vennie. A felvilágosítást írásban és szóban egyaránt meg kell adni. Az orvosi felvilágosítást bármilyen okból mellőzni törvénytelen.

(4) A beleegyezést írásban kell adni. A beleegyezést keltezni kell és a donor által aláírni. Ha a donor nem tudja aláírni, a beleegyezést három tanú előtt kell adni, akik a beavatkozásnak sem lehetnek részesei, sem személyes érdekük nem fűződhet a szervadományozáshoz, és a beleegyezést aláírásukkal hitelesíteniük kell. A beleegyezést bármikor vissza lehet vonni, írásban vagy szóban.

(5) A szerv eltávolítása előtt az élő donort kötelező megvizsgálni, hogy állapítsák meg az egészségi helyzetével kapcsolatos testi és lelki kockázatokat. A szerv kivételét nem szabad végrehajtani, ha az komolyan kockáztatja a donor életét vagy egészségét. Amennyiben az orvostudomány állása szerint, az adomány fajtája alapján, a donor védelme érdekében javallott, a donornak az adományozás után rendszeres orvosi ellenőrzést kell biztosítani.

Kivonat az 1997. novemberi német szervátültetési törvényből (2013. évi változat)

§ 2. A lakosság tájékoztatása, Nyilatkozat a szerv- és szövetadományozásról, Szerv- és szövetadományozások nyilvántartása, Szerv- és szövetadományozási igazolvány

(1) Ennek a törvénynek az alapján a tartományok illetékes hivatalai, a szövetségi hatóságok, illetékességük szerint, különösen az egészségügyi felvilágosításért felelős szövetségi központ, valamint a betegpénztárak kötelesek a lakosságot tájékoztatni
1. a szerv- és szövetadományozás lehetőségeiről,
2. a halott donorok szervei és szövetei eltávolításának feltételeiről, beleértve a még életükben szerv- és szövetadományozásra vonatkozó, akár betegrendelkezéssel is kifejezhető nyilatkozatuk jelentőségéről, valamint arról, hogy mi a nyilatkozat elmulasztásának törvényes következménye, tekintettel a közeli hozzátartozók 4. szakasz szerinti döntési jogára, valamint
3. a szerv- és szövetadományozás jelentőségéről tekintettel a szervek és a szövetek gyógyászati alkalmazására a beteg emberek javára, beleértve a szövetekből előállított gyógyszereket is.

§ 3. Szerv- és szöveteltávolítás a donor beleegyezésével

(1) Amennyiben a 4. és a 4/a. szakasz nem rendelkezik másképp, a szerv- és szöveteltávolítás csak akkor megengedett, ha
1. a szerv- vagy szövetadományozó az eltávolításhoz beleegyezését adta,
2. a szerv- vagy szövetadományozó halálát az orvostudományi ismeretek állásának megfelelő szabályok szerint állapították meg,
3. a beavatkozást orvos végzi.

A 3. pont 1. mondatától eltérően a szöveteltávolítást arra szakképesített személy is végezheti orvos felelősségvállalása és szakmai útmutatása mellett.

(2) A szerv- és szöveteltávolítás nem megengedett, ha
1. az a személy, akinek halála megállapítást nyert, tiltakozott a szerv- és szöveteltávolítás ellen,
2. a szerv vagy a szövet eltávolítása előtt a donornál nem állapították még meg az orvostudomány állása szerinti eljárásszabályok alapján a nagyagy, a

kisagy és az agytörzs összes funkcióinak végleges és visszafordíthatatlan leállását.

(3) Az orvosnak értesítenie kell a szerv- vagy szövetadományozó közeli rokonait a tervezett szerv- vagy szöveteltávolításról. Fel kell jegyeznie a szerv- vagy szövetkivétel lefolyását és a beavatkozás nagyságát. A közeli hozzátartozónak ebbe joga van betekinteni, s ehhez megbízható személyt is maga mellé vehet.

§ 4. Szerveltávolítás más személyek beleegyezésével

(1) Abban az esetben, ha orvosnak, aki a szerv- vagy szövetkivételt tervezi, vagy akinek felelőssége mellett a 3. szakasz 1. bekezdésének 2. mondata értelmében ezt más végzi, nem áll rendelkezésére sem írásos beleegyezés, sem írásos elutasítás a számba jöhető szerv- vagy szövetadományozó részéről, meg kell kérdeznie a halott donor legközelebbi hozzátartozóját, hogy tud-e ilyen nyilatkozatról a szerv- vagy szövetadományozásra vonatkozóan. Amennyiben a hozzátartozónak nincs tudomása ilyen nyilatkozatról, az eltávolítás a 3. szakasz 1. bekezdésének 1., 2. és 3. mondata és a 2. bekezdés szabta feltételek értelmében csak akkor engedhető meg, ha az orvos felvilágosította a hozzátartozót a tervezett szöveteltávolításról és az illető beleegyezését adta. Döntésekor a hozzátartozónak tiszteletben kell tartania a számba jöhető szerv- vagy szövetadományozó feltételezett akaratát. Az orvosnak erről fel kell világosítania a hozzátartozót. A hozzátartozó megállapodhat az orvossal abban, hogy beleegyezését adott határidőn belül visszavonhatja, a megállapodásnak írásban kell megtörténnie.

(2) A legközelebbi hozzátartozó csak akkor jogosult az 1. bekezdés szerinti döntést meghozni, ha a kiszemelt szerv- és szövetdonorral halála előtt két éven át személyes kapcsolatban volt. Ezt az orvosnak kell megállapítania a legközelebbi hozzátartozó kikérdezésével. Ha több azonos fokú közeli hozzátartozó van, ele-

gendő, ha közülük csak az egyik vesz részt az 1. bekezdés szerint, és hozza meg döntését; viszont közülük akár egynek a tiltakozását is figyelembe kell venni. Ha az első számú közeli hozzátartozó kellő időben nem érhető el, akkor elegendő annak a hozzátartozónak a részvétele és döntése, akit először el lehet érni. Ebben az esetben olyan felnőtt személy képviseli a legközelebbi hozzátartozót, akiről tudott, hogy a kiszemelt szerv- vagy szövetdonorral annak haláláig személyes kapcsolatot ápolt; ez a személy a legközelebbi hozzátartozó mellett áll.

(3) Ha a számba jöhető szerv- vagy szövetdonor egy bizonyos személyre ruházta át a szervkivétellel kapcsolatos döntését, az illető a legközelebbi hozzátartozó helyére lép.

(4) Az orvosnak feljegyzést kell készítenie mind a hozzátartozók, mind a 2. bekezdés 5. mondatában és a 3. bekezdésben megnevezett személyek részvételének lefolyásáról, tartalmáról és eredményéről. Mind a hozzátartozóknak, mind a 2. bekezdés 5. mondatában és a 3. bekezdésben megnevezett személyeknek joguk van a feljegyzést megismerni.

§ 6. A szervadományozó méltóságának tiszteletben tartása

(1) A szerv- vagy szövetkivétel és minden ehhez kapcsolódó eljárás a szerv- vagy szövetadományozó méltóságának tiszteletben tartásával és az orvos gondosságkötelezettségének megfelelően kell történjen.

(2) A szerv- vagy szövetdonor holttestét méltó állapotban kell temetés céljából kiadni. Előtte a legközelebbi hozzátartozónak lehetőséget kell adni arra, hogy a holttestet megnézze.

(3) Az 1. és a 2. bekezdés értelemszerűen halott embriókra és magzatokra is érvényes.

Kivonat a szervek, szövetek és sejtek átültetésére vonatkozó 2004. évi svájci szövetségi törvényből (Transzplantációs törvény), 2007. július 1-jei változat

§ 8. Az eltávolítás feltételei

(1) Meghalt személy szerveit, szöveteit vagy sejtjeit csak abban az esetben lehet eltávolítani, ha:
   a. az illető halála előtt beleegyezését adta az eltávolításhoz;
   b. halált már megállapították.

(2) Ha nem létezik az elhunyt személy részéről írásos beleegyezés vagy elutasítás, meg kell kérdezni a legközelebbi rokonait, hogy van-e tudomásuk ilyen nyilatkozatról.

(3) Ha a legközelebbi rokonoknak nincs ilyen nyilatkozatról tudomásuk, akkor a szervek, szövetek vagy sejtek kivétele csak akkor lehetséges, ha a legközelebbi rokonok beleegyezésüket adják. Nekik a döntés meghozatalában figyelembe kell venniük az elhunyt feltételezett akaratát.

(4) Ha nincsenek legközelebbi rokonok, vagy nem lehet őket elérni, akkor az eltávolítás nem megengedett.

(5) Az elhunyt személy akarata elsőbbséget élvez a rokonokéval szemben.

(6) Amennyiben az elhunyt személy a szervek, szövetek és sejtek eltávolítására vonatkozó döntését bizonyíthatóan átruházta egy megbízható személyre, akkor ez a személy helyettesíti a legközelebbi rokonokat.

(7) Adományozásról szóló nyilatkozatot csak 16. életévét betöltött személy tehet.

(8) A legközelebbi hozzátartozók körét a Szövetségi Tanács határozza meg.

§ 9. A halál kritériuma és a halál megállapítása

(1) Az ember akkor halott, ha agyi funkciói, beleértve az agytörzséit is, visszafordíthatatlanul leálltak.

(2) A Szövetségi Tanács adja ki a halál megállapítására vonatkozó előírásokat. Különösen a következőkre figyel:

a. milyen klinikai jeleknek kell meglenniük, amelyekből az agy funkcióinak, beleértve az agytörzs funkcióit is, visszafordíthatatlan leállására lehet következtetni;
b. melyek a követelmények a halált megállapító orvosokra vonatkozóan.

▶ **Kérdések:**

Kész lennék magam is szervet adományozni? Foglalkoztam-e már a kérdéssel, hogy halálom után mi történjen a szerveimmel? Inkább az „elutasító megoldást" vagy inkább a „beleegyező megoldását" támogatom?

13.4 A transzplantációs orvostudomány etikai kérdései

Még ha a transzplantációs orvostudományt elvben helyesnek tartjuk is, vannak olyan etikai kérdések, amelyek egyes esetekben konfliktushoz vezethetnek:

- a szervadományozó méltóságának tiszteletben tartása az elhalálozás teljes folyamatában és a hozzátartozók gyászában
- a hozzátartozókkal való bánásmód (az igazság a betegágynál),
- az ápolószemélyzetre és az orvosokra nehezedő etikai konfliktusok és pszichikai terhek.

Az osztrák elutasító megoldás lehet, hogy jó feltételeket teremt a transzplantációs orvoslás és az esetleges szervbefogadók számára. Szigorú alkalmazásuk azonban a szervadományozók hozzátartozói iránti bánásmódnál jelentős problémákhoz vezethet, például ami az „igazságra a betegágynál" gondolatát illeti. Abból sem szabad kiindulni, hogy Ausztriában minden ember ismeri a törvényes előírásokat, így az írásos elutasítás hiánya nem jelent minden további nélkül beleegyezést a szervkivételre vonatkozóan. Ilyen vonatkozásban az érvényben levő törvény etikai szempontból problematikus.

A vizsgálatok azt is mutatják, hogy milyen konfliktusok és pszichikai terhek nehezednek az intenzív terápiás és az anesztéziás ápolószemélyzetre, amikor agyhalált szenvedetteknél kerül sor szervkivételre. Ide tartozik többek között **a betegápolók által is észlelt ellentmondás az agyhálálelmélet között és aközött, amit az agyhalottak ápolásánál tapasztaltak.** Orvosi felfogás szerint az agyhalottak ellátásánál olyan ápolói intézkedésekről van szó, amelyeket minden halottnál meg kell hozni. A szubjektív észlelés szerint viszont úgy tűnik, még élő személy ápolásáról van szó.

Ezzel viszont eltolódik a kérdés, hogy ki a betegápolás és az orvosi ellátás alanya. **Tulajdonképpen már nem az agyhalott páciens az alany, hanem a kivételre kerülő szervek majdani recipiense**. Persze ő rendszerint nincs is jelen. De az ápolásetikai reflexiók reá is kiterjednek, és az ápolóknak lelkileg őt is integrálniuk kell munkájukba.

Erős pszichikai terhelést jelent a szervek eltávolítása **(explantáció)**, különösen, ha egyszerre több szervet és szövetet is ki kell venni. Itt felmerül a kérdés, hogyan bánjanak **kegyeletesen** a testtel, amely elméletileg már holttest, bár az életfontosságú szervek, mint például a szív eltávolítása előtt úgy tűnt, hogy még él.

Míg a szerveket kiemelő operáló orvosok az explantáció után hamar elmennek, a műtős személyzet ott marad a „felnyitott" testtel, amelyet úgy kell elrendezni, hogy a hátramaradottak számára elfogadhatóan nézzen ki. A holttesttel való bánásmód és a kegyeleti kérdések éppen a betegápolás etikájára nézve különleges kihívást jelentenek.

Mindenesetre az említett problémákat az intenzív terápiás osztályon dolgozó orvosoknak és ápolóknak kell egymás között nyíltan megbeszélniük, de ugyanígy továbbképzéseken is. Ezeken hivatásos pszichológusi segítséget, illetve felügyeletet is igénybe kellene venni. A szervadományozók hozzátartozóinak tájékoztatására és lelkigondozására **világos megállapodásokat** kell hozni. Az olyan fontos kérdéseket, mint például a csapat tagjainak személyes hozzáállása, előzetesen tisztázni kell. A tervezett vagy kivitelezendő szerveltávolítás akut helyzete nem alkalmas időpont ehhez. Segítséget jelent mindenféle visszajelzés a sikeres szervátültetésekről (vö. Ebeling 2000).

▶ **Kérdések:**

Mit tapasztaltam személyesen akár szervkivételre kiszemelt agyhalottak ápolásával, akár szervkivételekkel kapcsolatban? Véleményem szerint a hozzátartozók elég jól voltak informálva? Kórházamban volt-e már példa etikai természetű konfliktusra olyan esetben, mikor agyhalottól távolították el szerveket? Hogyan oldódott meg az eset?

13.5 A szervek cseréje és elosztása

Az összes rendelkezésre álló adományozott szerv optimális elosztásáról az **Eurotransplant** nevű nonprofit szervezet gondoskodik, melynek székhelye Leiden (Hollandia). Az Eurotransplant tagállamai Belgium, Németország, Luxemburg, Hollandia, Ausztria, Szlovénia, Horvátország és Magyarország.

Egy agyhalott szervadományozóra vonatkozó minden, az Eurotransplantnak jelentett orvosi adat alapján keresnek egy alkalmas szervbefogadót. Az elosztás több szempont alapján történik:

- A **szív**, a **tüdő** és a **máj** esetében vannak sürgősségi fokozatok. A legmagasabb fokozatnál egy rendelkezésre álló szervet kötelezően oda kell adni.
- A **vese** esetében egy bonyolult algoritmus alapján állapítják meg, hogy ki az optimális befogadó. A szövetkompatibilitás mellett figyelembe veszik, milyen régen várakozik a szervbefogadó. Ezen kívül számításba veszik az országos és regionális „mérleget” is, különben a kis országoknak csak „nettó exportjuk” volna veséből. (Az ok: egy nagyobb ország befogadókra vonatkozó adatbázisában mindig több olyan páciens van, aki a megfelelő optimális szövettípussal rendelkezik.)
- **Különleges esetekre**, gyermekekre vagy kombinált átültetésekre (például hasnyálmirigy és vese) vonatkozóan külön egyezményeket kötnek, hogy az ilyen transzplantációkat megkönnyítsék.

Etikai szempontból a következők is fontosak:

- a szervátültetés javallata és ellenjavallata
- életminőség és várható élettartam transzplantációval vagy anélkül (prioritás mérlegelése)
- immunszupresszív gyógyszerek és mellékhatásuk, más kockázatok (például rosszindulatú daganatok).

E témával kapcsolatosan teljes körű tájékoztató anyagot kínál a „txlife”, a bécsi klinika Szervsebészeti Osztályának részletes információs brosúrája a „szervadományozás és szervátültetés” témában, Bécs 2002. A Bécsi Közkórház (AKH) útján érhető el: AKH Bécs, Univeritätsklinik für Chirurgie, Klinische Abteilung für Transplantation, Transplantationszentrum 9D, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Bécs, Tel. 01/40400-6870).

Németországban a transzplantációs orvoslásról szóló információk, valamint szervadományozási igazolványok a szervadományozási munkacsoportnál (Arbeitskreis Organspende) találhatók (http://www.akos.de).

Svájcban információk és szervadományozási igazolványok beszerezhetők a Swisstransplant nevű szervadományozási és szervátültetési alapítványnál (http://www.swisstransplant.org).

- **Kérdések:**

  Kapjon-e az alkoholista új májat, vagy a dohányos új tüdőt? Milyen körülmények közt tartom a szervátültetését elfogadhatatlannak?

13.6 Összefoglalás

Az ember halála időpontjával kapcsolatos konszenzus mind az intenzív orvoslásnak, mind a transzplantációs orvoslásnak feltétele. Különbséget kell tenni a halál között és a halál megállapításának kritériumai között. Orvosi, jogi és etikai szempontból a teljes agyhalál tűnik a halál megállapítása elégséges kritériumának. A részleges agyhalál meghatározások azonban, amelyeket az Egyesült Államokban képviselnek, kétségesek. A modern transzplantációs orvoslás alapvetően elfogadott etikai szempontból, azonban egy sor problémát vet fel. Itt újra különbséget kell tenni élő donor szervadománya és halott donor

szervadománya között. Az etikai kérdések egyrészt a szerveltávolítás jogi feltételeire vonatkoznak („beleegyező megoldás” vagy „elutasító megoldás”), a szervkereskedés veszélyére, a méltányos elosztásra (allokáció), másrészt a recipiens életminőségére, illetve együttműködésére (compliance). Etikai kérdések merülnek fel ezen kívül a szervkivételi eljárásnál. Külön figyelni kell az elhunytakkal való kegyeletes bánásmódra, a hozzátartozókkal szembeni őszinteségre és megbízhatóságra, valamint az ápolók pszichikai terhelésére, amelyet az agyhalottak gondozása és az explantáció válthat ki.

13.7 Irodalom

Barta, H./Kalchschmid, G./Kopetzki, Chr. (szerk.): Rechtspolitische Aspekte des Transplantationsrechts (Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 6). Manz, Wien 1999.

Bernat E./Kröll, W. (szerk.): Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik (Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 7). Manz, Wien 1999.

Ebeling, T.: Konflikte des Pflegepersonals mit Organentnahme. Wichtige Aspekte vor der Explantation eines hirntoten Patienten aus der Sicht des Intensivpflegepersonals, in: Die Schwester/Der Pfleger 39 (2000/11), 898–900.

Körtner, U./Kopetzki, Chr./Müller, S. (szerk.): Hirntod und Organtransplantation – zum Stand der Diskussion (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 12). Verlag Österreich, Wien 2016.

Oduncu, F.: Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1998.

Oduncu, F./Schroth, U./Vossenkuhl, W. (szerk.): Transplantation. Organgewinnung und -allokation (Medizin – Ethik – Recht 2). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2003.

Stoecker, R.: Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation. Studienausgabe (Alber Praktische Philosophie 59. Alber, Freiburg i.Br. 2010.

14 ESETEK, PÉLDÁK

Jelen fejezet egy sor példát kínál, amelyekből megtanulhatók az etikai véleményformálás gyakorlati módjai. Persze az ápolásetikai kompetencia nem azt jelenti, hogy elméleti tudásunkat kazuisztikus módon alkalmazzuk az egyes esetekre, hanem azt a képességet, hogy a konkrét egyedi esetben minden érintettel együtt megtaláljuk az etikailag helytálló megoldást.

14.1 A feladat kijelölése

A következő esetek és példák alapján gyakorolni lehet az etikai ítéletalkotásnak a 8. részben leírt lépéseit. Ez az esetek plénumban való megvitatásával vagy szerepjáték formájában történhet. A szerepjáték esetében átvehetik a tárgyalt problémában érintett személyek szerepét, vagy eljátszhatják a problémával kapcsolatban, hogyan működik a klinikai etikatanács (9. rész).

- **A kérdéseket a következő vezérgondolatok mentén érdemes megvitatni:**
  - Az előttünk álló esetben mi is pontosan az **etikai** konfliktus? Közelebbi értelemben mi az, ami etikai kérdés, és mi az, ami kommunikációs probléma?
  - Melyek azok a problémák, amelyeket sajátosan az **ápolás szempontjából** látunk?
  - Ki az, aki az előttünk álló esetben de facto a terápia, illetve a betegápolás **alanya?** És valójában kinek kellene annak lennie?
  - Melyek azok az **ápolásetikai és orvosetikai elvek és alapszabályok** (vö. 6.2), amelyekre ebben az esetben különösen figyelni kell, illetve amelyeket figyelmen kívül hagytak?

- Milyen szerepük van az adott esetben az **interkulturális, transzkulturális és vallási** vonatkozásoknak?
- Jogi és etikai szempontból milyen **felelősségek** állnak fenn?
- Ki a **döntéshozó**? Az ön véleménye szerint kinek kellene lennie?
- A leírt magatartásnak milyen **cselekvési alternatívái** lehetnek és milyen **alternatív eljárások** képzelhetők el **a döntés meghozatalában**?

14.2 Első eset: Intézkedések az élet meghosszabbítására

M. úr, 58 éves, bosnyák, harminc éve él Németországban és távolsági autóvezetőként, váltásban dolgozik egy nagy szállítónak. 2000 óta cukorbetegségben szenved, 2007-ben annyira súlyosbodott a betegsége, hogy le kellett mondania munkájáról. Komoly szívgyengülés miatt, amelyet több koronaér dugulása okozott, egy évvel később kórházi kezelésre kényszerült. Kezelőorvosai indokoltnak tartják a szívátültetést, és M. urat felvették egy transzplantációs programba. Mivel állapota stabilnak tűnt, egyelőre hazaküldték.

Néhány héttel később azonban M. úr odahaza összeomlott. Ahogy később a kórházban megállapították: fibrillációk és a vérkeringési funkciók leállása. A felesége hívta a mentőket, akik gyorsan érkeztek. Elvégezték a szükséges újraélesztést, majd M. urat a legközelebbi kórház intenzív részlegére küldték és lélegeztetőgépre kapcsolták. A vérkeringése stabilizálódott, azonban kiderült, hogy az agyi funkciói károsodtak: M. úr nem reagált külső ingerekre, nem lélegzett önállóan, testhőmérséklete magas volt és ismétlődő apró görcsrohamai vannak.

A helyzet néhány napig nem változott. Tíz nap múlva az orvosok azt javasolták M. úr feleségének, hogy állítsák le a mesterséges lélegeztetést, mivel nagyon valószínű, hogy a felgyógyulás már nem lehetséges. M.-né sírt, és azt mondta, ő beleegyezne ebbe, hogy a férje szenvedéseit szükségtelenül ne hosszabbítsák, de előtte beszélni akar a fiával.

A következő beszélgetésen jelen volt a fia is – hagyományosan az apa után ő a családfő –, aki hevesen ellentmondott az orvosoknak és

az anyjának. Azt kívánta, hogy minden kezelési intézkedést folytassanak, és tisztázzák a helyzet okait. M.-né nem mert neki ellentmondani annak ellenére, hogy látszott, nem hisz abban, hogy a férje megmenthető.

Az orvosok engedtek a fiú akaratának, további neurológiai vizsgálatokat végeztek, és készült egy elektroencefalogram (EEG), ami nem hozott új ismereteket. Ezen kívül nem volt mit tenni, mint folytatni az addigi kezelést és várni a dolgok további alakulását. M. úr egy hét múlva meghalt, szívmegállás következtében.

14.3 Második eset: szabad-e, kell-e az igazságot eltitkolni?

L.-né 80 éves törékeny hölgy, a kávézóban megbotlott egy futószőnyegben, s ennek következtében medencecsonttörést szenvedett. A röntgenvizsgálat során a kórházban az orvos megállapította, hogy a törés körül a csontokon elmosódott határvonalú világos foltok vannak, ami rákra utaló jel lehet. A medencetörés műtéti kezelése során szövetmintát vettek, amelyet szövettanilag megvizsgáltak. A feltételezés bizonyossággá lett: a csonton rákos áttételek képződtek, emiatt lettek a csontok törékenyek.

Hogy megtalálják az eredeti daganatot, másnap mellkasi röntgenvizsgálatot végeztek, azonban a betegnek nem mondták meg, miért, azzal nyugtatták meg, hogy műtét után az ilyen vizsgálatok megszokottak. A röntgenfelvételből kiderült: L.-nének előrehaladott tüdőrákja volt. További vizsgálatok (komputertomográfia, ultrahang) kimutatták, hogy az áttételek megtámadták a veséket, a májat és a húgyhólyagot is.

Az ezt követő orvosi konzílium során az orvosok egyöntetűen arra a következtetésre jutottak, hogy a beteget nem szabad újabb műtétnek alávetni, mivel a rák nagyon előrehaladt. Hogy kíméljék, úgy vélték, egyelőre jobb, ha nem mondanak semmit a betegségéről. L.-né két leánya, akik részt vettek a beszélgetésen, osztották ezt a véleményt.

A következő napokban L.-né nem érezte magát nagyon jól. Panaszkodott, hogy időnként légzési nehézségei vannak, vizeléskor pedig fájdalmai. Az orvosi vizit alkalmával megkérdezte, hogy ezeknek van-e közük az operációhoz, és hogy mikor mehet haza. A következő napokban dédnagymama lesz, és szeretné minél hamarabb karjaiba venni a dédunokáját.

Vizit után a résztvevők – az osztályorvos, két betegápoló nővér és egy fiatal rezidens orvos – megbeszélték a továbbiakat. A rezidens orvos elmesélte, hogy előző nap az L.-névél folytatott beszélgetés közben az volt az érzése, hogy L.-né kételkedik abban, hogy állapotával kapcsolatban igazat mondtak-e neki, és úgy érzi, valamit titkolnak előtte. Mivel L.-né leányai azt kérték, hogy ne világosítsák fel, rövid vita után úgy döntöttek, hogy továbbra is ehhez tartják magukat.

A következő főorvosi viziten L.-né újra megkérdezte, hogy a panaszai az eséssel függenek-e össze. Igenlő választ kapott.

A következő beszélgetés a beteg szobája előtt nem folyt olyan csendesen, mint a legutóbbi. A vélemények megoszlanak. A rezidens orvos továbbra is hevesen úgy véli, hogy L.-nének meg kell mondani az igazat, mivel élénk gondolkodású, intelligens, és mindig ezt kérdezi. Ezenkívül lehet, hogy van néhány dolog, amit szeretne még elintézni. Az egyik nővér igazat ad neki. A többiek szerint egy ilyen rettenetes hír legyengítené L.-nét, pedig sokkal fontosabb őt megerősíteni és arról gondoskodni, hogy minél hamarabb hazamehessen.

A két lányát újra beszélgetésre hívják. Elmondták a következőket: miután hazaengedik, édesanyjuk a fiatalabb lányánál fog lakni. A dédunoka következő napokban várható megszületése után nagy családi ünnepséget terveznek, s ezen a szerettei mind ott lesznek. Azt tervezik, hogy az ünnepség után kíméletesen elmondják L.-nének az igazságot. Az osztályorvos ehhez a beszélgetéshez felajánlja egy lelkigondozó segítségét.

Azonban ez nem következett be. Másnap L.-né kétszer is elveszítette eszméletét. A légzési nehézségek súlyosbodtak, ismételten mesterséges légzést kellett alkalmazni, és már nem tudott tisztán beszélni. Hogy kiderüljön, vajon agyi áttétel ezért a felelős, komputertomográfiát terveztek, de az időpontot visszamondták, mivel L.-né állapota nagyon rossz volt.

A kórházi csoport megbeszélte L.-né leányaival, akik szinte minden idejüket ott töltik, hogy táplálják-e mesterségesen L.-nét, mert magától már nem tudott enni. Hosszú beszélgetést követően mindannyian arra a következtetésre jutottak, hogy ez már túl sok lenne neki.

Teltek az órák. Késő délután még egyszer javult a beteg állapota. Világos tudatánál volt, két leánya az ágya mellett ült. Egymással beszélgettek, fogták anyjuk kezét. Mindegyik jelenlévő tudta, hogy ez az utolsó beszélgetés, egyfajta búcsú. Röviddel 19 óra után L.-né meghalt, leállt a vérkeringése.

Egy hét múlva az osztályorvos levelet kapott a fiatalabbik leányától, aki megköszönte az édesanyja gondos ápolását. Szerinte az édesanyja számára az volt a legjobb, hogy nem mondták meg, mennyire súlyos a helyzete. Így nem kellett szenvednie.

14.4 Harmadik eset: Táplálás elutasítása demenciás beteg esetében

B.-né 79 éves, három éve egy Alzheimer-betegeket gondozó otthonban él. Az utóbbi hónapokban demenciája és általános állapota érezhetően rosszabbodott. B.-né legtöbbet az ágyban volt, csupán időnként a kerekes székben. A kapcsolattartás vele nagyon korlátozott. Még reagált a közvetlen megszólításra és érintésre. Időnként viszonozta ápolói vagy látogatói tekintetét. Napközben B.-né hosszú ideig zárkózottnak és megközelíthetetlennek tűnt.

Az utóbbi hónapokban B.-né alig evett. Az ápolószemélyzet felügyelete és támogatása hiányában gyakran érintetlenül hagyta ételét. Bizonyos napokon B.-né túl fáradt vagy túl gyenge volt ahhoz, hogy egyen. Gyakran elfelejtett nyelni, az ápolószemélyzetnek kellett noszogatnia. Ez nagyon sok időt követelt.

Az utóbbi időben B.-né ismételten elutasította az etetést, összeszorítva száját vagy kezével eltaszítva az ételt. Többször kiköpte, amit az ápolók a szájába adtak. Egy munkamegbeszélés során az egyik idősgondozó rosszallásának adott hangot. Az az érzése volt, hogy valami

helytelen dolgot cselekszik, ha B.-nét enni kényszeríti. Az osztály vezetősége ezt megértette, de felhívta a figyelmét arra, hogy a felelős orvos véleménye szerint B.-né esetében a táplálék visszautasításának nincs szervi eredetű oka. Ha továbbra is visszautasítja az ételt, számításba kell venni egy PEG-szonda beállítását. A főnővér szerint ezt a lépést, ha lehet, el kell kerülni. Persze az sem lehet, hogy B.-nét egyszerűen hagyják halálra éhezni. Ezért arra utasították az ápolókat, hogy ne tűrjék B.-né elutasító magatartását.

A helyzet akkor rosszabbodott, amikor B.-né asszony teljesen elutasította az etetését. Ugyanakkor új fertőzés jelentkezett nála. Láza lett, és többé még innivalót sem fogadott el. Előbb infúzióra kötötték, hogy legalább a szükséges folyadékot biztosítsák neki. Fertőzését gyógyszeres úton kezelték, így a láza leesett, azonban általános állapota továbbra is rossz maradt.

Egy munkamegbeszélésen azt mérlegelték, hogy B.-nét kórházba kell küldeni „táplálék elutasítása" diagnózissal. Az osztály vezetősége bevonta a beszélgetésbe a B.-néért felelős orvost is, egy neurológust. B.-né táplálást visszautasító magatartásának az okait részletesen megvitatták. A megbeszélésen fontos szerepe volt annak a kérdésnek, hogy vajon mi a B.-né feltételezett akarata. Többen vélekedtek úgy, hogy B.-né le akar számolni az életével és meg akar halni. Ezt pedig tiszteletben kell tartani. Ezt az álláspontot végül az osztály vezetősége is támogatta. Az orvos azonban ellenezte, hogy B.-nét egyszerűen hagyják meghalni. Megegyeztek abban, hogy konzultálni kell B.-né leányával, mielőtt meghozzák a végső döntést.

Ezt követően az osztály vezetősége kapcsolatba lépett a rokonokkal. B.-né leánya egy orvos felesége volt. A házaspár meglátogatta az ápolóotthont és beszélt az osztály vezetőségével. Az osztály vezetői megpróbálták meggyőzni őket arról, hogy édesanyjuk számára sokkal jobb lenne, ha lemondanának a PEG-szondáról. El kellene fogadniuk, hogy B.-né meg akar halni, annál is inkább, mivel elsődleges betegségének kilátásai nagyon kedvezőtlenek. Infúzió formájában viszont folyadékot továbbra is kapjon. A házaspár hevesen ellenezte ezt és követelte, hogy beszélhessen az illetékes orvossal. A neurológussal folytatott beszélgetésben, amelyen az osztály ápolónője nem volt jelen,

határozottan kérték, hogy édesanyjukat haladéktalanul utalják kórházba, és ott kapjon PEG-szondát. Az osztály orvosa beleegyezését adta, és intézkedett, hogy utalják be egy klinikára.

14.5 Negyedik eset: Táplálás elutasítása egy szklerózis multiplexben szenvedő beteg esetében

K. asszony 43 éves, hajadon, előrehaladott szklerózis multiplexben szenved. Ráadásul az (agyi) törzsdúcok bevérzése következtében jobb fele lebénult. Ezen kívül egy szervi eredetű, a szklerózis multiplex betegeknél gyakori pszichoszindrómában is szenved, többszörös bénulásban, és krónikus fájdalmai vannak. Többszörös betegsége és állandó ápolásigénye okán K. asszonyt beutalták egy szklerózis multiplexes betegeket gondozó osztályra.

Hosszabb ott-tartózkodás után K. asszony egy nap kezdte elutasítani a táplálékot. Az illetékes neurológus orvos vizsgálatai nem mutattak ki szervi eredetű okot. Az ápolószemélyzet gyakran beszélt a beteggel, és megpróbálta rávenni, hogy egyen, de sikertelenül. A táplálék visszautasítása minden jel szerint depressziós állapotra volt viszszavezethető. Antidepresszánsok alkalmazása sem hozott semmilyen változást. K. asszony továbbra is elutasította a táplálékot.

Az osztály vezetősége felvette a kapcsolatot K. asszony leánytestvérével, hogy ismertesse vele a helyzetet. A beszélgetésben az osztály ápolónője amellett érvelt, hogy alkalmazzanak PEG-szondát K. asszonynál. A húga, aki szintén betegápoló, elutasította a javaslatot. Szerinte a testvére sok mindenen ment keresztül, és most nem kell akarata ellenére erőszakkal táplálni. Ha véget szeretne vetni az életének, ezt az akaratát tiszteletben kell tartani. Az osztály ápolónője megmagyarázta, hogy ő nem vállalhat felelősséget egy ilyen eljárásért. K. asszony nem haldoklik, és figyelembe véve a korát, még sokáig élhet. Etikátlan lenne, ha egyszerűen hagynák őt meghalni. Ha egy beteg nem kap PEG-szondát, nem tudják vállalni a további ápolását a szklerózis multiplex betegek osztályán. Hosszas győzködés után K. asszony testvére beleegyezett a PEG-szonda alkalmazásába.

14.6 Ötödik eset: Szklerózis multiplex beteg elhelyezése egy otthonban

W. úr 60 éves, egyedül él és szklerózis multiplexben szenved. Kerekes székhez van kötve, inkontinenciában szenved, mozgástere szűk. Felső végtagjai instabilak, remegnek és mozgásukat nem tudja koordinálni. Lábában erős görcsök vannak. W. úr szívószállal tud inni, de ezen kívül nem tud gondoskodni magáról. Kezdetben W. úr a saját lakásában élt. Naponta háromszor kap segítséget egy otthoni gondozást végző szolgálattól. Hat éve hetente egyszer felkeres egy MS-betegek számára létesített nappali otthont. A nappali otthon munkatársai között többféle szakember van: ápolók, fizioterápiás gondozó, mozgásterapeuták, orvos, pszichológus és szociális munkás. Az otthonban például rendszeresen megfürdetik.

Két éven át a nappali otthon munkatársai megfigyelték, hogy az úr állapota romlik. A munkatársi csoport több rendben is beszélt arról, hogy a W. úr esetében nyújtott többletápolás meghaladja a nappali otthon lehetőségeit. A visszatérő húgyúti fertőzések több kórházi beutalást tettek szükségessé. Időközben feltettek neki egy ágyék feletti hólyagkatétert is (Cystofix). Ezután W. úr ismét meglátogatta a nappali otthont. Mivel a katéter állandóan eldugult, végül eltávolították. Az azóta használt vizeletóvszer használata sem komplikációmentes.

A nappali otthon ápolószemélyzetének jó oka volt arra gondolni, hogy a beteg otthon történő gondozási feltételei nem jók. A nappali otthon által nyújtható segítség tovább már nem elégséges. Az osztály ápolónője és orvosa, egy neurológus megtárgyalta W. úrral egy gondozóotthonba való beutalásának lehetőségeit. W. úr gondolkodási időt kért.

A megbeszélés után röviddel W. úr gyógykezelésre ment. A kezelés befejeztével a beteget szívritmuszavarral kórházba utalták. Onnan W. úr rövid időre gondozásra érkezett egy szklerózis multiplexben szenvedő betegek gondozóotthonába, amely ugyanabban az intézményben volt, mint a nappali otthon. A gondozóotthon főnővére megállapította, hogy W. úrnak immár huszonnégy órás ápolásra van szüksége. Megbeszélte a beteggel annak helyzetét. A főnővér vélemé-

nye szerint a beteg nincs tisztában a saját helyzetével, és meg van győződve, hogy hamarosan hazamehet és ugyanúgy folytathatja életét, mint korábban.

Ezután a gondozóotthon vezetősége kerekasztal-megbeszélést tart, amelyre meghívják a nappali otthon vezetőségét is, a két otthon illetékes neurológusát, a betegekért felelős adminisztráció egyik alkalmazottját és W. urat. W. úr kérésére meghívják az unokahúgát is, aki eddig gondozta a beteget. A helyzetet részletesen megbeszélték. A két otthon vezetősége világosan rámutatott arra, hogy a beteg érdekében feltétlenül szükséges az állandó otthonba való beutalás. W. urat némileg meggyőzték a felhozott érvek.

Felmerült viszont a költségek kérdése is. A betegadminisztráció alkalmazottja kiszámolta W. úrnak és unokahúgának, hogy a beteg megengedheti magának, hogy bekerüljön egy, a szklerózis multiplexben szenvedő betegeket gondozó otthonba. Mindenesetre W. úrnak el kellene adnia a lakását, amelyben eddig lakott, hogy fizetni tudja az elhelyezését. Az unokahúgának, úgy tűnt, nem tetszett a megoldás, mert szerinte kell lennie lehetőségnek arra nézve, hogy W. urat továbbra is otthon gondozzák. A beszélgetés során mindkét otthon vezetőjében az a gyanú támadt, hogy az unokahúg ellenkezésének önző oka van. Nyomatékosan kifejtették véleményüket, hogy W. urat semmiképpen nem lehet többé otthoni gondozással kellőképpen ellátni. Az a kívánsága lehet, hogy a ház tulajdonjogát szeretné megőrizni. Végül sikerült megszerezni W. úr beleegyezését, így ráállt, hogy állandó otthonba kerüljön.

A beszélgetés befejeztével a két otthon vezetője még egyszer megbeszélte benyomásait. Egyrészt mindketten örvendtek, hogy meg tudták győzni W. urat, hogy egyezzen bele, és gyengíteni tudták az unokahúg ellenkezését. Másrészt volt egy olyan rossz érzésük, hogy W. úr még nem győződött meg teljesen a döntés helyességéről.

Néhány nappal később W. úr unokahúga jelentkezett a betegadminisztrációnál és súlyos vádakkal illette a kerekasztal-megbeszélésen résztvevő munkatársukat. W. úr azonban kitartott a meghozott döntés mellett, és így beutalták a szklerózis multiplexben szenvedő betegek gondozóotthonába, ahol hamarosan jól érezte magát.

14.7 Hatodik eset: Megváltozott életkörülmények, riasztó változás

Egy betegápoló nővér beszámolója:

„Átköltöztetünk egy női beteget a négyágyas szobából egy kétágyasba, a másik osztályon. Beszédzavarai vannak és üldözési mániája. Odamentem hozzá és lassan/tagoltan elmagyaráztam, hogy másik szobába megy. Megkértem, jöjjön velem, hogy az új szobát meglátogassa. Úgy tűnt, a hírt nyugodtan fogadta. Időközben a kolléganőim meghozták az új beteget, F. asszony helyére. F. asszony elkezdett sírni, egész testében remegett és ezt kiabálta: »Miért tartóztatnak le, nem szabad elhagynom a szobámat!« és »Most le fognak fejezni«. Megnyugtató szavaimat meg sem hallotta, már csak félelem, szörnyű félelem volt benne.

Magammal vittem a nővérek szobájába, az otthon egy másik lakóját megkértem, hozzon egy csésze teát, és adtam neki egy könnyű nyugtatót. Megvártam, amíg izgatottsága alábbhagyott, azután felkísértem F. asszonyt az új szobájába. Még mindig annyira meg volt rémülve, hogy nem mert leülni a székre.

Véleményem szerint nekünk kellett volna sokkal hosszabb ideig felkészítenünk F. asszonyt az új helyzetre.”

(Forrás: K. Wirsing, Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch, Weinheim [4]1993, 239.)

14.8 Hetedik eset: Inkontinencia

Egy ápolónő beszámolója:

„A szellemileg zavarodott B.-né már sorozatban harmadszor ágyba vizelt és ürített. Kolléganőm egyenesen dühös lett, és ezt B.-né előtt nem is takargatja. Mivel B.-né ellenkezik, erőszakkal kiszállítja az ágyából és egy székre ülteti. Mivel a lábát is összepiszkolta, a kolléganőm egy mosdótálba tette a lábát, majd elhagyta a szobát, hogy tiszta ágyneműt hozzon. B.-né közben felborította a mosdótálat, de továbbra is ott maradt gyámoltalanul a széken ülve.

Amikor a kolléganőm ismét belépett a szobába és meglátta a balesetet, jól összeszidta B.-nét. Miután az ágyat áthúzták és B.-nét visszahelyezték a tiszta ágyba, kolléganőm megfenyegette: »Ha még egyszer magadra csinálsz, úgy maradsz a saját szószodban.«

B.-né azóta nagyon fél, még akkor is, amikor én ágyazok meg neki, és alig tudja felfogni, hogy most miért nem szidják."

(Forrás: K. Wirsing, Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch, Weinheim [4]1993, 239.)

14.9 Nyolcadik eset: Fogamzásgátlás kiskorú betegnél a fiatalok pszichiátriai osztályán

Egy 17 éves fiatal lányt felvettek a gyerekek és fiatalok pszichiátriai osztályára. Hebefréniával (a skizofrénia fiatalkori formája) diagnosztizálták. Elkezdtek egy terápiát pszichofarmakonokkal. Miután az állapota stabilizálódott, napközben elhagyhatta az osztályt. Nagyon odaadóan, szeretetre méltóan viselkedett. Az egyik ápolónővel különösen bizalmas viszonyba jutott. Elmesélte neki, hogy leghőbb vágya, hogy gyereke legyen. Nincs állandó partnere, és ráadásul kiskorú. A nővér aggódni kezdett, mert feltételezte, hogy a lánynak szexuális kapcsolatai vannak akkor, amikor elhagyja a klinikát. A gyermek utáni vágya miatt azonban a beteg nem akar fogamzásgátló szereket használni. Az ápolónő hiába próbálta meggyőzni, hogy az ő korában és különösen egészségi állapota miatt jobb lenne, ha egyelőre nem lenne gyereke. A beteg azonban továbbra is szeretne gyereket, és ezt a vágyát ismételten és kitartóan kifejezésre juttatja. Az ápolónő arra a következtetésre jutott, hogy a lányt komolyan kell venni, még ha a gyermek iránti vágya betegsége szimptómájaként értelmezhető is. A beteg kívánsága, hogy saját gyereke legyen, akit gondozhat és becézhet, az asszisztensnő szerint a saját szeretet- és törődés iránti vágyának a kivetítése. Az ápolónő nemcsak a fiatal lány jól-léte miatt aggódik, és nem csak azért, hogy a terhességnek a betegség további alakulására, illetve a gyógyulási lehetőségekre nézve negatív hatása lesz, illetve a gyógyulási lehetőségnek. Szem előtt tartotta a gyermek javát is abban az esetben, ha tényleg bekövetkezne a terhesség. Az asszisztensnő nem akart ilyen felelősséget hordozni mindaddig, míg a fiatal kiskorú

az ő védelme alatt áll. A beteg egyébként maga is olyan anya gyereke volt, aki szkizofréniában szenvedett.

Az ápolónő az osztály orvosához fordult, hogy beszéljen vele az adott esetben a fogamzásgátlás lehetőségeiről. Úgy gondolta, hogy közben kell járnia azért, hogy betege fogamzásgátlót kapjon, azonban megalapozott kétségei voltak afelől, hogy rendszeresen beveszi-e a pirulákat. Megfontolta annak lehetőségét is, hogy a fiatal lánynak helyezzenek fel egy spirált (pesszáriumot). Azon kívül, hogy valószínűleg nehéz lett volna a fiatal lányt meggyőzni, hogy beleegyezzen egy ilyen beavatkozásba, az ápolónő attól is tartott, hogy az ilyen invazív intézkedés komoly traumát okozhat. További alternatíva lehetne a „havi injekció". Ehhez is szükséges azonban a páciens beleegyezése. Az orvos meghallgatta az ápolónőt, de azután úgy vélte, ezt a problémát a „nők egymás között" könnyebben megoldhatják, mintha ő próbálna meg beszélni a beteggel a gyermek utáni vágyáról és a fogamzásgátlásról. Az ápolónő járjon el úgy, ahogy helyesnek látja.

A következő alkalommal az ápolónő tájékoztatja a beteget a „havi injekcióról", és unszolja, hogy engedje beadni. Azt a vágyát, hogy teherbe essen, jobb, ha akkorra halasztja, amikor elhagyhatja a kórházat, vagy amikor nagykorú lesz. Az ápolónő késznek mutatkozott, hogy a kórház nőgyógyászati osztályán időpontot kérjen, és hogy betegét el is kísérje oda. Ő azonban előbb elutasította ezt az ajánlatot. Az ápolónő azonban kitartott, és addig beszélt a fiatal lánynak, míg az végül beleegyezett. Elmentek együtt a nőgyógyászati részlegre, ahol a fiatal betegnek beadták a havi injekciót.

Az ápolónő azonban a beavatkozás alatt is, utána is kellemetlenül érezte magát. Az volt a benyomása, hogy a beteg igazából nem akarta elfogadni az injekciót, csupán az ápolónő kedvéért tette, akinek a törődését nem szerette volna elveszíteni. Annak ellenére, hogy a fiatal lány beleegyezett, az ápolónő hibásnak érezte magát, amiért a betegét manipulálta.

14.10 Összefoglalás

A bemutatott esetpéldák gyakorlatias módon felhívták a figyelmet arra, hogy mit jelent az a tény, hogy a betegápolás etikája a „szakterü-

leti etika" egyik formája. A szakmai gyakorlat során az ápolók különböző problémákkal találkoznak, melyek szükségessé tesznek egy, a körülményekhez kapcsolódó etikai reflexiót. Az ápolásetikai kompetencia a 6.3.4 részben javasolt lépcsőmodelljének megfelelően az egyes helyzetekre vonatkozó ítélőképességet rendszeres megbeszélések rendjén meg lehet tanulni és be lehet gyakorolni, és ezeken a saját gyakorlatból származó eseteket is meg lehet beszélni. E fejezet gyakorlati példái szemléltetik egyrészt az orvosi etika mellett az önálló ápolásetika szükségességét, másrészt hogy az ápolási etikának integráló szemléletre van szüksége. A betegápolók és orvosok etikai kompetenciáját közös kerekasztal-beszélgetések keretében mindig gyakorolni és mélyíteni kell, hogy a hivatás mindennapjaiban egyre jobb legyen a kommunikáció és az együttműködés.

14.11 Irodalom

Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik" der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (szerk.): „Für alle Fälle…". Arbeiten mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Brigitte Kunz Verlag/Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover 2005.

Arndt, M.: Ethik denken – Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1996, 75–88. (Kap. 7.)

Fitzpatrick, F. J.: Ethics in Nursing Practice. Basic Principles and their Application. The Liancre Centre, London 1988.

Tschudin, V.: Ethik in der Krankenpflege. Recom Verlag, Basel 1988

IDEGEN SZAVAK ÉS KIFEJEZÉSEK

Actus duplicis effectus: (latin) a cselekedet kettős – szándékolt és nem szándékolt – hatása (kettős hatás elmélete).

Alany (szubjektum): az etika szóhasználata szerint öntudattal és akarattal rendelkező lény. Ellentéte a megismerés vagy a cselekvés tárgya (objektum).

Allokáció: szétosztás, elosztás, juttatás. Az egészségügyben megkülönböztetik az alapszintű és a tágabb szintű elosztást (mikroallokáció és makroallokáció). Előbbi a betegek szintjén történő forráselosztásra, utóbbi pedig az intézményi vagy regionális szintre utal (például hány intenzív ágy van a kórházban vagy egy bizonyos térségben).

Antropológia: Az emberről szóló tudomány. Anthroposz (görög) = ember. A biológiai és az orvosi antropológia mellett van filozófiai, teológiai és kulturális antropológia is.

Apalliumos szindróma: A nagy agykéreg oxigénhiányos működészavara, például agykárosodással járó koponyasérülés esetén.

Befolyásolásnélküliség (németül: Nichtdirektivität) Egy (beszélgetés) eredményét előre nem megszabva; lemondás arról, hogy mások döntését befolyásoljuk.

Betegápolás területei: Patricia Benner szerint a betegápolásnak a legfontosabb területei: 1. segítségnyújtás, 2. tanácsadás és gondozás, 3. diagnosztizálás és betegfelügyelet, 4. hatékony fellépés sürgősségi esetekben, 5. kezelések végrehajtása és ellenőrzése, 6. az orvosi ellátás minőségének biztosítása és ellenőrzése, 7. szervezés és együttműködés.

Deontológia: (A gör. tà déonta = „ami szükséges”, „aminek meg kell lennie” kifejezésből) A kellő dolgokról szóló ismeret.

Dialogikus: párbeszédes.

Dialogikus perszonalizmus: A perszonalizmus filozófiai iránya élesen megkülönbözteti a személyt mint megismerő vagy cselekvő alanyt, és a dolgokat vagy ügyeket mint tárgyat. A dialogikus perszonalizmus az a fajta gondolkodás, amelynek az én-te viszony a kiindulópontja. E szerint a gondolkodó én nem önmagában elszigetelt alany, hanem csak az én és a te találkozásával lesz énné. Az ember személy voltát csak ebben az én-te találkozásban lehet meghatározni. A 20. században a dialogikus perszonalizmust Martin Buber (1878–1965), Franz Rosenzweig (1886–1929) és Ferdinand Ebner (1882–1931) képviseli.

Diskurzusetikának vagy **kommunikatív etikának** nevezhetünk több olyan egymással konkuráló elgondolást, amely a klasszikus német filozófia örökségét (I. Kant, német idealizmus) akarja megőrizni és azt a hermeneutika, a nyelvi-analitikai filozófia és a tudományelmélet legújabb ismereteivel összekapcsolni. Az etikai normák kötelező ereje abban a különböző alanyok közötti párbeszédben kell hogy megnyilvánuljon, amelyben egyik fél sincs uralkodó helyzetben. Az etikai ítéletalkotásnak is a párbeszéd útján való konszenzuskeresés mintájára kell megtörténnie. A diskurzusetika fő képviselői Karl-Otto Apel (1922–2017) és Jürgen Habermas (sz. 1929).

Dualizmus: olyan elmélet, amely a valóságot, annak nyilvánulásait és struktúráit két egyenlő eredetű, de ellentétes elvre vezeti vissza. Dualista például az az elgondolás, amely szerint a szellem és az anyag két különböző ősok eredménye (természetfilozófiai dualizmus). Ugyanígy vezeti vissza az antropológiai dualizmus a testet és a lelket két ellentétes elvre. Az etikai dualizmus abból indul ki, hogy a jó és a rossz oka két egyenlő, de ellentétes elv. A vallási dualizmus ugyanezeket az elveket Istennel és az ördöggel azonosítja. Metafizikai dualizmusra jó példa Platón ideatana, amely a világ jelenségeit változatlan ősképek másolatának tekinti. A dualizmus ellentéte a **monizmus**, amelyik a való világot és magát az embert is egyetlen őselvből próbálja magyarázni. A materializmus is monista magyarázat, mert azt feltételezi, hogy a szellem is az anyag egyik megjelenési formája.

Eklektikus: (a gör. „kiszemel, kiválogat" igéből) Azt a gondolkodási módot nevezzük eklektikusnak, amely nem állít fel saját elméletet, hanem különböző elméletekből kovácsol össze egyet.

Érték a priori: lat. a priori = az előzőből. Az újabb kori filozófia megkülönbözteti a fogalmi megismerést, amely független a tapasztalástól és a tapasztalaton alapuló megismerést (a posteriori = az utóbbiból). A materiális értéketika azt feltételezi, hogy az erkölcsi alapértékeket nem a történelem alakította és nem is társadalmi konvenció eredménye, hanem csak rájuk bukkantunk a történelemben, és minden időben érvényesek.

Fenomenológia: (gör. phainómenon = jelenség, nyilvánulás) Immanuel Kant (1724–1804) szerint az ember nem önmagában ismeri meg a valóság tárgyait, hanem csak úgy, hogy megismerési képességünk számára megjelennek. A fenomenológia a dolgok megjelenési formájáról szóló tan. Edmund Husserl (1859–1938), a modern fenomenológia atyja azt tanítja, hogy a jelenségek tana egyenlő a lényeges dolgok tudományával. A megismerés a jelenségek szintjén történik, de bennük intuícióval, intuitív látással megragadjuk a lényeget.

Hermeneutika: (a gör. hermèneia, „tolmácsol, megmagyaráz" jelentésű szóból) A szövegértésről és annak feltételeiről szóló tan.

Immanens: (lat. „benne maradó") benne rejlő, a tapasztalati világon túl nem mutató.

Imperatívusz: (lat.) felszólítás, parancs.

Integratív etika: Az integratív vagy integráló etikát elsősorban Hans Krämer (1929–2015) filozófus képviseli. Krämer a filozófiai etikának két alaptípusát különbözteti meg, mégpedig az Immanuel Kant nevéhez köthető kötelességetikát, valamint a törekvésetikát, amelyet hagyományosan Arisztotelész képviselt. Utóbbi képezi az erkölcsi javak tanának, az erénytannak és a józan belátás (okosság) etikájának alapját. Krämer szerint a kötelességetika és a törekvésetika már eleve komplementáris fogalmak, egyiket sem lehet a másikból levezetni és egy harmadik fogalomban szintézissé egyesíteni. Az etikai párbeszédben és ítéletalkotásban ez azt jelenti, hogy a kétféle etikát többsíkúan, többféle kiterjedésben kell megközelíteni.

Interszubjektív: több alany, illetve több személy között zajló beszéd vagy történés jelzője.

Ismeretelmélet: Az ismeret létrejöttéről, a megismerés feltételeiről és az emberi megismerés határairól szóló filozófiai elmélet.

Kommunitarizmus: olyan filozófiai irányzat, amely szerint a közösségi tudat és egy bizonyos közösséggel való azonosulás nemcsak az emberi életet és cselekvést határozza meg alapvető módon, hanem az etikai elmélet- és ítéletalkotást is (Michael Sandel, Alasdair MacIntyre, Charles Taylor). Amíg az Immanuel Kant nevéhez kötődő hagyomány szerint cselekedeteink erkölcsösségét az biztosítja, ha a cselekedet szabályait általánosítani, egyetemessé tenni lehet (kategorikus imperatívusz), tehát az igazságosság fölötte áll a jóságnak, addig a kommunitarizmus képviselői szerint ez a sorrend pont fordítva van.

Metaetika: az etika alapkérdéseiről szóló elmélet. A metaetika azzal a kérdéssel foglalkozik, hogy egyáltalán mi az etikai ítélet, és miért van reá szükség. Megvizsgálja azt is, hogy melyek az etikai ítélet kritériumai, és hogy az etika mennyiben tekinthető tudománynak.

Metafizika: A kifejezés eredetileg Arisztotelész (Kr. e. 384–322) bizonyos írásaira vonatkozott, amelyekben minden filozófia és általában a létezés végső kérdéseit taglalta. A metafizika a lét alapjáról szól, de arról is, hogy mi biztosítja az önmagában sokrétű valóság egységét, valamint hogy mi teszi lehetővé a megismerést és a valóságot tükröző igaz állításokat. A „metafizika" elnevezés részben fedi az „ontológia" és az „ismeretelmélet" fogalmát is.

Naturalizmus/naturalista: A naturalizmus szerint az egyetlen végső valóság a természet. A szellemi és a kulturális világ minden jelensége mögött természeti okok és törvényszerűségek húzódnak.

Nihilizmus (lat. nihil = semmi) A nihilizmus mindenféle szemlélet és értékelő felfogás teljes elutasítása. Különbséget szokás tenni elméleti nihilizmus között, amely tagadja az igazság megismerhetőségét, és a gyakorlati nihilizmus között, amely elvitatja mindenféle erkölcsi norma feltétlen érvényét.

Normatív: mérvadó, mértékadó, normára vonatkozó. Az erkölcsi „kell" megfogalmazásai normatív tételek.

Nyelvanalitikai filozófia: A Bertrand Russell (1872–1970) és George Edward Moore (1873–1958) által alapított analitikai filozófiai irányzat, amely az ész Immanuel Kant-féle kritikáját a nyelv kritikájával helyettesíti. Az analitikus filozófia mint nyelvi kritika a nyelvi kifejezés jelentőségét és a nyelvi kifejezések logikai elemzését helyezi előtérbe. Az analitikus filozófia egyik iránya a hétköznapi nyelv (ordinary language) filozófiája. A nyelvanalitikai filozófia legismertebb képviselője Ludwig Wittgenstein (1889–1951) volt.

Ontológia: A lét alapjairól szóló tan. „Ontológiai": ami a létformára, a „lét fajtájára" utal.

Önreflexív, önvizsgálati: Gondolatban vagy öntudatunkban lejátszódó folyamat, amelyben mi magunk vagyunk a reflexió tárgya.

Őssejtterápia: Őssejtekkel végzett terápia. Az őssejtek az embrió, a magzat vagy a megszületett állat vagy ember olyan, még nem differenciálódott sejtjei, amelyek osztódni és fejlődni képesek. Ha a szervezet sejtjei minél inkább képesek saját funkciót ellátni, annál kevésbé tudnak differenciálódni. Vannak totipotens őssejtek, amelyek egy teljes organizmus létrehozására képesek, pluripotens őssejtek, amelyek gyakorlatilag a szervezet bármelyik sejttípusának létrehozására képesek, multipotens őssejtek, amelyek egy bizonyos szövetet vagy szervet alkotó sejtek létrehozására képesek, és végül unipotens őssejtek, amelyek egyetlen sejttípust képesek előállítani. Származásuk alapján megkülönböztetünk embrionális őssejteket, magzati őssejteket (ide tartoznak a primordiális csírasejtek, amelyekből a petesejtek és a spermiumsejtek lesznek), az umbilikális őssejteket (köldökzsinórsejteket) és felnőtt őssejteket (a már világra jött vagy felnőtt szervezet őssejtjeit). Ha embertől származnak, humán őssejteknek nevezzük őket, mint amilyenek a humán embrionális őssejtek.

Partikuláris: (lat.) részleges, a részre vonatkozó.

Paternalista: (a lat. pater = apa szóból) gyámságot gyakorló, gyámkodó.

Platón ideatana: Platón (Kr. e. 427–347) olyan általános vagy faji fogalmakat nevez ideáknak, amelyeket metafizikai léttel ruház fel. Az ideák a világ jelenségeinek és tárgyainak ősképei, a jelenségek

és a dolgok viszont az őskép lenyomatai. Platón ideatana szerint ugyanakkor az ideák emelkedő lépcsősort alkotnak, amelynek csúcsán az igazság, a szépség és a jóság ideája áll. A jóság legfőbb ideája maga Isten.

Pluralizmus: (lat. pluralis = többes szám) az az elmélet, amely szerint a meggyőződések, világnézetek és életstílusok sokféleségét nem lehet egységes elvre visszavezetni. A pluralizmus fogalmát ma már nemcsak a politikatudományban és a társadalomtudományokban használják, hanem bekerült a közbeszédbe is, ahol felváltotta a szekularizáció fogalmát mint mai világunk értelmezési kategóriáját. Már nemcsak a kultúrák pluralizmusáról beszélünk, hanem a vallások és világnézetek, sőt az etikák, a tudományos módszerek és alapfelfogások pluralizmusáról is.

Prediktív orvoslás: A prediktív (lat.) szó „előre megmondót" jelent. A prediktív orvoslás azoknak a diagnosztikai eljárásoknak az alkalmazását jelenti, amelyek a) bizonyos betegségekre való hajlam, különösen egy előre jelezhető örökletes betegség és b) betegséghordozó státus megállapítására vonatkoznak.

Premissza: előfeltétel; a logikában a több tételből álló következtetés első tétele.

Redukcionizmus/redukcionista: (lat. reductio = visszavezetés) a bonyolult tényállás leegyszerűsítése. Különbséget szoktunk tenni a módszeri redukcionizmus és az elméleti vagy világnézeti redukcionizmus között. A módszeri redukcionizmus azt jelenti, hogy egy vizsgálatnál bizonyos, az egész szempontjából mellékesnek tűnő tényezőket figyelmen kívül hagyunk. Az elméleti vagy világnézeti redukcionizmus pedig azt jelenti, hogy bonyolult összefüggéseket csupán néhány alapfeltételre vezetünk vissza; ebben az esetben előfordulhat, hogy lényeges dolgokat figyelmen kívül hagytunk.

Reflexió: vizsgálódó, összehasonlító gondolkodás bizonyos tárgyról.

Relacionalitás: (relatio lat. = viszony, kapcsolat) valamivel vagy valakivel összefüggésben, kapcsolatban állás.

Rendszerelmélet: A rendszerelmélet különböző változatai abból indulnak ki, hogy a valóság nem egymástól elszigetelt egyedekből, hanem rendszerekből áll. Niklas Luhmann szociológus (1927–1998) funkcionális rendszerelméletében az „intézmény" fogalmát

a „társadalmi rendszer” kifejezés helyettesíti. Miközben megtartja az „ember”, az „egyén” és a „személy” fogalmakat, feladja az alany fogalmát mint olyan mozgató középpontét, amely körül a társadalmi folyamatok zajlanak. Luhmann feltételezése szerint vannak rendszerek, amelyeket nem szabad statikusan, különböző részekből összeálló egésznek tekintenünk, hanem funkcionálisan, mint önszerveződési formát. Luhmann megkülönböztet gépeket, szervezeteket (organizmusokat), társadalmi és pszichikai rendszereket. Társadalmi rendszeren „interakciókat”, szervezeteket (organizációkat) és társadalmakat ért. A rendszerek működését úgy lehet leírni, ha alapvető különbséget látunk a rendszer és a környezet között. A rendszerek egymást kölcsönösen olyan környezetnek tekintik, amelyre a rendszernek reagálnia kell anélkül, hogy a másikat integrálni tudná. Luhmann szerint a társadalmi rendszerek környezetéhez személyek is tartoznak, akkor is, ha nem ők a társadalmi cselekvés alanyai. Ellenkezőleg: a társadalmi rendszeren belül az emberek kizárólag funkcióhordozók.

Szekuláris: (lat. = világi, világias) A szekularizáció a vallás visszaszorítása a közéletből. Eredetileg az egyházi vagyon állami kézbe való átvételét jelentette. Szekuláris vagy szekularizált az a társadalom, amely nem vallásos, illetve vallásos eredetét megtagadja.

Személyi feddhetetlenség, a személy integritása: A latin integritás annyi, mint „épség”, „sértetlenség”. A személy integritása azt jelenti, hogy az ember mint személy összhangban van önmagával, önállóságát mások tiszteletben tartják, jogaiban és méltóságában nem sértik.

Teleológiai: (gör.) telosz = cél.

Topika: (gör. toposz = hely) A topika az alkalmazott etikában elvek rendszerét, a közhelyek elméletét jelenti. A fogalom a retorika területéről származik.

Totipotens: Totipotencia a sejteknek azt az „életképességét” jelenti, hogy teljes organizmussá tudnak fejlődni. Például a korai stádiumban található embrió mindegyik sejtje egy-egy új individuummá fejlődhet.

Transzcendens, transzcendentális: A két szó egészen mást jelent. Transzcendens annyi, mint „valamit meghaladó, valamit felülmúló", és olyan jelenségek jelzője, amelyek túl vannak a tapasztalat, az érzéki felfogás határain. A transzcendentális jelző pedig azokat az alapfeltételeket illeti, amelyeknek köszönhetően egyáltalán létezik megismerés. Transzcendentális érték minden olyan eleve létező adottság, amely minden további érték elnyerésének feltétele.

Transzgenikus: fajokon átívelő (a biológiai fajok természetes határait átlépni képes). Géntechnikai eljárással például emberi géneket ültetnek állatokba (transzgenikus állatok). A fordított eljárás, tudniillik állati gének emberekbe átvitele etikailag szigorúan tilos.

ÖSSZESÍTETT IRODALOM

Akashe-Böhme, F./Böhme, G. (2005): Mit Krankheit leben. Von der Kunst, mit Schmerz und Leid umzugehen. C. H. Beck, München.

Alban, S./Leininger, M. M./Reynolds, Ch. L. (2000): Multikulturelle Pflege. Urban & Fischer, München.

Amelung, E. (Hg.) (1992): Ethisches Denken in der Medizin. Ein Lehrbuch. Springer, Berlin u. a.

Anschütz, F. (1998): Ärztliches Handeln. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.

Anselm, R. (Hg.) (2008): Ethik als Kommunikation. Zur Praxis Klinischer Ethik-Komitees in theologischer Perspektive. Universitätsverlag Göttingen, Göttingen.

Anselm, R./Körtner, U. (Hg.) (2003): Streitfall Biomedizin. Orientierung in christlicher Verantwortung, mit einer Einleitung von T. Rendtorff. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (Hg.) (2005): „Für alle Fälle …“. Arbeiten mit Fallgeschichten in der Pflegeethik. Brigitte Kunz Verlag/ Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Arend, A. van der (1998): Pflegeethik. Urban & Fischer, München.

Arend, A. van der/Gastmans, Chr. (1996): Ethik für Pflegende, Verlag Hans Huber, Bern Arndt, M. (2007): Ethik denken. Maßstäbe zum Handeln in der Pflege. 2., unveränderte Auflage. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Bandman, E. L./Bandman, B. (1985): Nursing Ethics through the Life Span, Norwalk (Conn.).

Barta, H./Kalchschmid, G./Kopetzki, Chr. (Hg.) (1999): Rechtspolitische Aspekte des Transplantationsrechts (Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 6). Manz, Wien.

Bäslack, A. (2007): Sexuelle Gewalt in der Pflege. Eine Literaturuntersuchung zu Erfahrungen sexueller und sexualisierter Gewalt von

Patientinnen/Bewohnerinnen sowie Pflegerinnen in Krankenhäusern und Seniorinnenheimen. Grin, München/ Ravensburg.
Beauchamp, T. L./Childress, J. F. (1994): Principles of Biomedical Ethics, 4. Aufl. Oxford University Press, New York/Oxford.
Benjamin, M./Curtis, J. (1981): Ethics in Nursing. Oxford University Press, Oxford/New York.
Benner, P. (2000): Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert, 3. Nachdruck. Verlag Hans Huber, Bern.
Bernat, E./Kröll W. (Hg.) (1999): Intensivmedizin als Herausforderung für Recht und Ethik (Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 7). Manz, WienBerufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2007): Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen (Autoren: A. Boldt/A. Zeh). Hamburg.
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2007): Gewalt und Aggression in Betreuungsberufen (Autoren: A. Boldt/A. Zeh). Hamburg.
Biller-Andorno, N. (2001): Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik. Peter Lang, Frankfurt/ New York.
Bobbert, M. (2003): Pflegeethik als neue Bereichsethik: Konturen, Inhalte, Beispiele, in: Zeitschrift für medizinische Ethik 49 (2003), 43–63.
Bonhoeffer, D. (1998): Ethik, hg. v. I. Tödt u. a. (DBW 6), 2. Aufl. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
Butzlaff, M./Floer, B./Isfort, J.: „Shared Decision Making“ (2003): Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag, in: J. Böcken/B. Braun/M. Schnee (Hg.): Gesundheitsmonitor 2003. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, 41–55.
Cazorla Albrecht, F. (2010): Der Stellenwert der Ethik in der Pflegeausbildung. Stufenmodell der Entwicklung einer ethischen Kompetenz. Diplomica Verlag, Hamburg.
Curtin, L./Flathery, J. M. (1982): Nursing Ethics. Theories and Pragmatics. Brady Communications u. a., Bowie (ML).
Dabrock, P. (1999): Tauschgerechtigkeit im Gesundheitssystem? Kritische Anfragen an Otfried Höffes Forderung nach einem Paradigmenwechsel, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 43 (1999), 2–22.

Dallmann, H.-U. (2003): Fürsorge als Prinzip? Überlegungen zur Grundlegung einer Pflegeethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47 (2003), 6–20.
Danzinger, A./Götz, H./Rieder, J./Unterberger, I. (2000): Bausteine der Gesundheits- und Krankenpflege. Aus der Praxis für die Praxis. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.
Domenig, D. (2001): Professionelle transkulturelle Pflege. Handbuch für Lehre und Praxis in Pflege und Geburtshilfe. Verlag Hans Huber, Bern.
Dorfmeister, M./Hiemetzberger, M./Messner, I. (2007): Berufsethik und Berufskunde. facultas.wuv, Wien.
Dörfel, D. (2005): Ethik in Medizin und Pflege. Christliches Profil in der Spannung zwischen klinischer Verantwortung und ökonomischen Zwängen (Ethik in der Praxis 11). LIT-Verlag, Münster.
Dörner, K. (Hg.) (1984): Die Unheilbaren. Was machen Langzeitpatienten mit uns, und was machen wir mit ihnen? Psychiatrie-Verlag, Bonn.
Dörner, K./Plog, U. (1996): Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Neuausgabe. Psychiatrie-Verlag, Bonn.
Drda, E./Fleisch, G./Höftberger, Chr. (2003): Recht für Mediziner. Ein Leitfaden für Studium und Praxis. Facultas, Wien.
Druml, Chr. (2010): Ethikkommissionen und medizinische Forschung. Ein Leitfaden für alle an medizinischer Forschung Interessierte. facultas.wuv, Wien.
Düwell, M. (2008): Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. Metzler, Stuttgart/Weimar.
Ebeling, T. (2000): Konflikte des Pflegepersonals mit Organentnahme. Wichtige Aspekte vor der Explantation eines hirntoten Patienten aus der Sicht des Intensivpflegepersonals, in: Die Schwester/Der Pfleger 39, (2000/11), 898–900.
Edwards, S. D. (1996): Nursing Ethics. A Principle-Based Approach. Macmillan, London.
Eibach, U. (1997): Medizin und Menschenwürde. Ethische Probleme in der Medizin aus christlicher Sicht, 5. Aufl. R. Brockhaus Verlag, Wuppertal.
Eibach, U. (1991): Heilung für den ganzen Menschen? Ganzheitliches Denken als Herausforderung von Theologie und Kirche. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn.

Eser, A./Lutteroni, M./Sporken, P. (Hg.) (1989): Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Herder, Freiburg/Basel/Wien.
Fischer, J. (2002): Medizin- und bioethische Perspektiven. Beiträge zur Urteilsbildung im Bereich von Medizin und Biologie. Theologischer Verlag Zürich, Zürich.
Fölsch, D. (2008): Ethik in der Pflegepraxis. Anwendung moralischer Prinzipien im Pflegealltag. facultas.wuv, Wien.
Fölsch, D. (2013): Ethik in der Altenpflege. Ethische Grundsätze als Wegweiser und Hilfe für die Pflegepraxis. Facultas, Wien.
Frewer, A./Fahr, U./Rascher, W. (Hg.) (2008): Klinische Ethikkomitees. Chancen, Risiken und Nebenwirkungen. Königshausen & Neumann, Würzburg.
Frey, Chr./Dabrock, P. (2003): Tun und Unterlassen im klinischen Entscheidungskonflikt. Perspektiven einer (nicht nur) theologischen Identitätsethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 47 (2003), 33–52.
Fry, S. T. (1994): Ethik in der Pflegepraxis. Anleitung zu ethischen Entscheidungsfindungen. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Eschborn.
Fuchs, M. et al. (2010): Forschungsethik. Eine Einführung, Metzler, Stuttgart.
Gillen, E. (1994): Der Verzicht auf Therapie als integraler Bestandteil guter und humaner Medizin, in: Forum für Politik, Gesellschaft und Kultur, Numéro 152, 31–35.
Gillen, E. (2006): Wie Ethik Moral voranbringt! Beiträge zu Moral und Ethik in Medizin und Pflege. LIT-Verlag, Münster.
Gilligan, C. (1999): Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau, 5. Aufl. Piper Verlag, München/Zürich.
Gray, R./Wykes, T./Gournay, K. (2002): From compliance to concordance. Review of the Literature on Interventions to enhance Compliance with antipsychotic Medication, in: Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 9 (2002/3), 277–284.
Grond, E. (1996): Die Pflege verwirrter alter Menschen. Psychisch Alterskranke und ihre Helfer im menschlichen Miteinander, 8. Aufl. Lambertus, Freiburg i.Br.
Großklaus-Seidel, M. (2001): Ethik im Pflegealltag. Wie Pflegekräfte ihr Handeln reflektieren und begründen können. Kohlhammer, Stuttgart.

Grossmann, W./Haslinger, F./Weiberg, A. (Hg.) (1999): Ethik im Krankenhausalltag, empirische Studie zur ethischen Bildung und deren Praxisrelevanz in den heilenden Berufen (EHS, R. 7, Abt. D, Bd. 32). Peter Lang, Frankfurt a.M.
Hähner-Rombach, S. (Hg.) (2008): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführungen und Kommentaren. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M.
Bundeskanzleramt/Bundespressedienst (2014): Handbuch Religionen in Österreich, Übersicht der in Österreich anerkannten Glaubensgemeinschaften. Wien.
Harris, J. (1995): Der Wert des Lebens. Eine Einführung in die medizinische Ethik, hg. v. U. Wolf. Akademie Verlag, Berlin.
Heller, A./Krobath, Th. (2003): OrganisationsEthik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie. Lambertus, Freiburg i.Br.
Hockey, L. (1983): Krankenpflegeforschung. Auftrag und Möglichkeiten, in: Österreichische Krankenhauszeitung 24 (1983), 753–757.
Höffe, O. (2000): Besonnenheit, Gerechtigkeit und Zivilcourage. Über Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen – eine Replik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 44 (2000), 89–102.
Hofmann, I. (1996): Aufgaben einer Pflegeethik und – als Beispiel – Wahrhaftigkeit im Umgang mit kranken Menschen (Berliner medizinethische Schriften, Bd. 9). Humanitas-Verlag, Dortmund.
Honnefelder, L./Rager, G. (Hg.) (1994): Ärztliches Urteilen und Handeln. Zur Grundlegung einer medizinischen Ethik. Insel-Verlag, Frankfurt/Leipzig.
Honecker, M. (1999): Von der Dreiständelehre zur Bereichsethik. Zu den Grundlagen der Sozialethik, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 43 (1999), 262–276.
Husebø, S./Klaschik, E. (2009): Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation, 5. Aufl. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
Illhardt, F. J. (1985): Medizinische Ethik. Ein Arbeitsbuch. Springer, Berlin/Heidelberg.
Irrgang, B. (1995): Grundriss der medizinischen Ethik (UTB 1821). Reinhardt, München/Basel.

Jonas, H. (1984): Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation. Suhrkamp, Frankfurt a.M.
Joerden, J. C./Hilgendorf, E./Thiele, F. (Hg.) (2013): Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch. Duncker & Humblot, Berlin.
Juchli, L. (1992): Sein und Handeln. Recom Verlag, Basel.
Juchli, L. (1993): Ganzheitliche Pflege. Recom Verlag, Basel.
Juchli, L. (1994): Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
Kath. Krankenhausverband Deutschlands e. V./Deutscher Evangelischer Krankenhausverband e. V. (1997): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Selbstverlag des Kath. Krankenhausverbands Deutschland e. V., Freiburg i.Br.
Kath. Krankenhausverband Deutschlands e. V./Deutscher Evangelischer Kranken- hausverband e. V. (Hg.) (1999): Ethik-Komitee im Krankenhaus. Erfahrungsberichte zur Einrichtung von Klinischen Ethik-Komitees. [saját kiadás], Berlin.
Kemetmüller, E. (1998): Ethik in der Pflegepädagogik. Zum Verhältnis von Theorie und Praxis unter dem Aspekt einer philosophisch-kritischen Bildungstheorie. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.
Kemetmüller, E./Fürstler, G. (Hg.): Berufsethik, Berufsgeschichte und Berufskunde für Pflegeberufe. Facultas, Wien 2013.
Kettner, M./May, A. (2002): Ethik-Komitees in Kliniken – Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven, in: Ethik in der Medizin 14 (2002), 295–297.
Knipping, C. (Hg.) (2006): Lehrbuch Palliative Care, 2. Aufl. Huber, Bern.
Körtner, U. (1996a): Bedenken, dass wir sterben müssen. Sterben und Tod in Theologie und medizinischer Ethik (BsR 1147). C. H. Beck, München.
Körtner, U. (1996b): Dimensionen von Heil und Heilung, in: Ethik in der Medizin 8 (1996), 27–42.
Körtner, U. (2004): Unverfügbarkeit des Lebens? Grundfragen der Bioethik und der medizinischen Ethik. 2. Aufl. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn.

Körtner, U. (2002): Gesundheit nicht um jeden Preis. Ziele und Kosten des medizinischen Fortschritts aus ethischer Sicht, in: D. Aufderheide/M. Dabrowski (Hg.): Gesundheit – Ethik – Ökonomik. Wirtschaftsethische und moralökonomische Perspektiven des Gesundheitswesens (Volkswirtschaftliche Schriften, 524). Duncker & Humblot, Berlin, 51–75.

Körtner, U. (2007): Ethik im Krankenhaus. Diakonie – Seelsorge – Medizin. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 2007.

Körtner, U. (2012): Evangelische Sozialethik. Grundlagen und Themenfelder (UTB 2107), 3., verbesserte Aufl. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.

Körtner, U./Kopetzki, Chr./Druml, Chr. (Hg.) (2010): Ethik und Recht in der Humanforschung (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 5). Springer, Wien/New York.

Körtner, U./Kopetzki, Chr./Kletečka-Pulker, M. (Hg.) (2007): Das österreichische Patientenverfügungsgesetz. Ethische und rechtliche Aspekte (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 1). Springer, Wien/New York.

Körtner, U./Müller, S./Kletečka-Pulker, M./Inthorn, J. (Hg.) (2009): Spiritualität, Religion und Kultur am Krankenbett (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 3). Springer, Wien/New York.

Körtner, U./Kopetzki, Chr./Müller, S. (Hg.) (2016): Hirntod und Organtransplantation – zum Stand der Diskussion (Schriftenreihe Ethik und Recht in der Medizin, Bd. 12). Verlag Österreich, Wien.

Körtner, U./Virt, G./Engelhardt, D. von/Haslinger, F. (Hg.) (2009): Lebensanfang und Lebensende in den Weltreligionen. Beiträge zu einer interkulturellen Medizinethik, 2. Aufl. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn.

Kohlberg, L. (1981): Kognitive Entwicklung und moralische Erziehung, in: L. Mauermann/E. Weber (Hg.): Der Erziehungsauftrag der Schule. Beiträge zur Theorie und Praxis moralischer Erziehung unter besonderer Berücksichtigung der Wertorientierung im Unterricht, 2. Aufl. Auer, Donauwörth, 107–117.

Kopetzki, Chr. (Hg.) (2000): Antizipierte Patientenverfügungen. „Patiententestament“ und Stellvertretung in Gesundheitsangelegenheiten (Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 10). Manz, Wien.

Kopetzki, Chr. (Hg.) (2002): Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit (Schriftenreihe Recht der Medizin, Bd. 16). Manz, Wien.

Kreß, H. (2009): Medizinische Ethik, Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte – heutige Wertkonflikte, 2., vollständig überarb. und erw. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart.
Kreß, H. (2012): Ethik der Rechtsordnung. Staat, Grundrechte und Religionen im Licht der Rechtsethik. Kohlhammer, Stuttgart.
Kühne-Ponesch, S. (2004): Modelle und Theorien in der Pflege (UTB 2467). Facultas, Wien.
Küng, H. (1990): Projekt Weltethos. Piper Verlag, München.
Labisch, A./Paul, N. (1998): Art. Medizin 1, in: Lexikon der Bioethik, Bd. 2. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh, 630–642.
Lange, D. (2002): Ethik in evangelischer Perspektive (UTB 2002), Neuauflage. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Lay, R. (2004): Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
Leininger, M. (1998): Kulturelle Dimensionen menschlicher Pflege. Lambertus, Freiburg i.Br.
Lexikon der Bioethik (1998), 3 Bde. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
Ley, F. (2005): Klinische Ethik. Entlastung durch ethische Kommunikation?, in: Ethik in der Medizin 17 (2005), 298–309.
Lilje, Chr. (1995): Klinische ‚ethics consultation' in den USA. Hintergründe, Denkstile und Praxis (Medizin in Recht und Ethik, Bd. 31). Enke, Stuttgart.
Loewy, E. (1995): Ethische Fragen in der Medizin. Springer, Wien/New York.
Luther, H. (1991): Leben als Fragment. Der Mythos von der Ganzheit, in: Wege zum Menschen 43 (1991), 262–273.
Mackenzie, C./N. Stoljar, N. (Hg.) (2002): Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. Oxford University Press, Oxford.
Mayer, H. (2002): Einführung in die Pflegeforschung (UTB 2328). Facultas, Wien.
Mayer, H. (2003): Pflegeforschung. Elemente und Basiswissen, 3. Aufl. Facultas, Wien.
Monteverde, S. (Hg.) (2012): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. Kohlhammer, Stuttgart 2012.
Morris, D. B. (2000): Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis. Kunstmann, München.

Nassehi, A. (2004): „Wir können über alles reden…". Erste Ergebnisse aus einem DFG- Forschungsprojekt über „Klinische Ethik-Komitees", in: Einsichten 1, 36–39. …
Neuner, O. (1990): Krankenpflege und Weltreligionen. Recom Verlag, Basel.
Nida-Rümelin, J. (Hg.) (2005): Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. 2. Aufl. Kröner, Stuttgart.
Nüchtern, M. (1995): Medizin – Magie – Moral. Therapie und Weltanschauung. Matthias-Grünewald-Verlag, Stuttgart/Mainz.
Nuland, S. B. (1994): Wie wir sterben. Ein Ende in Würde? Knaur, München.
Oduncu, F. (1998): Hirntod und Organtransplantation. Medizinische, juristische und ethische Fragen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Oduncu, F. (2007): In Würde sterben. Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Sterbehilfe, Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Oduncu, F./Schroth, U. /V ossenkuhl, W. (Hg.) (2003): Transplantation. Organgewinnung und -allokation (Medizin – Ethik – Recht 2). Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen.
Panke-Kochinke, B. (2008): Gewalt gegen Pflegekräfte. Problematische Situationen erkennen und lösen. Mabuse-Verlag, Frankfurt a.M.
Patientenrechte in Deutschland. Leitfaden für Patienten und Ärzte, hg. vom Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung und vom Bundesministerium für Justiz, Berlin 2003.
Pauer-Studer, H. (2010): Einführung in die Ethik (UTB 2350), 2. Aufl. Facultas, Wien.
Pfabigan, D. (2008): Pflegeethik – interdisziplinäre Grundlagen. LIT-Verlag, Berlin/Münster/Wien.
Pieper, A. (Hg.) (1992): Geschichte der neueren Ethik, 2 Bde. (UTB 1701/1702). Francke Verlag, Tübingen.
Pieper, A. (2007): Einführung in die Ethik (UTB 1637). 6. Aufl. Francke Verlag, Tübingen.
Plenter, Chr. (2001): Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten. Orientierungshilfen für eine Pflegeethik. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
Pleschberger, S./Heimerl, K./Wild, M. (Hg.) (2002): Palliativpflege. Grundlagen für Praxis und Unterricht. Facultas, Wien.
Pöltner, G. (2006): Grundkurs Medizin-Ethik, 2. Auflage. Facultas, Wien.

Quante, M. (2013): Einführung in die Allgemeine Ethik. 5. Aufl. Wiss. Buchgesellschaft, Darmstadt.
Rabe, M. (2008): Ethik in der Pflegeausbildung. Beiträge zur Theorie und Didaktik. Huber, Bern.
Reich, W. T. (1995): History of the Notion of Care, in: W. T. Reich (ed.): Encyclopedia of Bioethics, 2. Aufl. MacMillan, New York, 319–331.
Reich, W. T. (1995): Historical Dimensions of an Ethic of Care in Health Care, in: W. T. Reich (ed.): Encyclopedia of Bioethics, 2. Aufl. MacMillan, New York, 331–336.
Reiter-Theil, S. (1999): Ethik in der Klinik – Theorie und Praxis: Ziele, Aufgaben und Möglichkeiten des Ethik-Konsils, in: Ethik in der Medizin 11 (1999), 222–232.
Remmers, H. (2003): Die Eigenständigkeit einer Pflegeethik, in: Cl. Wiesemann/N. Erichsen/H. Behrendt/N. Biller-Andorno/A. Frewer (Hg.): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, 47–70.
Renesse, M. von (2005): Die Patientenverfügung – „Autonomie bis zuletzt?“, Zeitschrift für Evangelische Ethik 49 (2005), 144–146.
Rich, A. (1984): Wirtschaftsethik. Grundlagen in theologischer Perspektive. Gütersloher Verlagshaus, Gütersloh.
Ritschl, D. (1986): Das „story“-Konzept in der medizinischen Ethik, in: ders.: Konzepte. Gesammelte Aufsätze. Chr. Kaiser Verlag, München, 201–212.
Ritschl, D. (2004): Zur Theorie und Ethik der Medizin. Philosophische und theologische Anmerkungen. Neukirchener Verlag, Neukirchen-Vluyn.
Rosenberg. M. B. (2009): Gewaltfreie Kommunikation. Eine Sprache des Lebens, 6. Aufl. Junfermann, Paderborn.
Rössler, D. (1977): Der Arzt zwischen Technik und Humanität. Religiöse und ethische Aspekte der Krise im Gesundheitswesen. Pieper, München.
Sass, H.-M. (Hg.) (1990): Medizin und Ethik. Reclam, Stuttgart.
Sass, H.-M./Viefhues, H. (Hg.) (1991): Güterabwägung in der Medizin. Ethische und ärztliche Probleme. Springer, Berlin/Heidelberg/New York.
Schadewaldt, V. (2009): Das Entscheidungsmodell von Verena Tschudin in der Anwendung, Pflegezeitschrift 62 (2009), 522–525.

Schardien, S. (Hg.) (2010): Mit dem Leben am Ende. Stellungnahmen aus der kirchlichen Diskussion zur Sterbehilfe in Europa (Edition Ethik 3). Edition Ruprecht, Göttingen.
Schayck, A. van (2001): Ethisch handeln und entscheiden. Spielräume von Pflegenden und die Selbstbestimmung des Patienten. Kohlhammer, Stuttgart.
Schirmer, U./Mayer, M./Martin, V./Vaclav, J./Gaschler, F./Özköylü, S. (2006): Prävention von Aggression und Gewalt in der Pflege. Grundlagen und Praxis des Aggressionsmanagements für Psychiatrie und Gerontopsychiatrie. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.
Schnell, M. W. (Hg.) (2002): Pflege und Philosophie. Interdisziplinäre Studien über den bedürftigen Menschen. Verlag Hans Huber, Bern.
Schnell, M. W. (2008): Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie. Verlag Hans Huber, Bern.
Schnell, M. W./Heinritz, Ch. (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern.
Schockenhoff, E. (1998): Ethik des Lebens. Ein theologischer Grundriss, 2. Aufl. Matthias-Grünewald-Verlag, Mainz.
Schmidbauer, W. (1995): Die hilflosen Helfer. Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, vollständig überarbeitete und erweiterte Neuauflage. Rowohlt, Reinbek.
Schmidt, H. (Hg.) (1998): Allgemeine Erklärung der Menschenpflichten – ein Vorschlag. Piper Verlag, München.
Seidl, E. (1993a): Pflege im Wandel. Das soziale Umfeld der Pflege und seine historischen Wurzeln dargestellt anhand einer empirischen Untersuchung, 2. Aufl. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.
Seidl, E. (Hg.) (1993b): Betrifft: Pflegewissenschaft. Beiträge zum Selbstverständnis einer neuen Wissenschaftsdisziplin. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.
Sladeček, E./Marzi, L.-M./Schmiedbauer, Th. (2012): Recht für Gesundheitsberufe. 6. Aufl. LexisNexis, Wien.
Sontag, S. (1996): Krankheit als Metapher. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
Sperl, D. (2002): Ethik der Pflege. Verantwortetes Denken und Handeln in der Pflegepraxis. Kohlhammer, Stuttgart.
Steinkamp, N./Gordijn, B. (2005): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch, 2. Aufl. Luchterhand, Neuwied.

Stierle, W. (1999): Der Preis der Gesundheit, in: Zeitschrift für Evangelische Ethik 43 (1999), 26–31.
Stoecker, R. (2010): Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moral- philosophische Transformation. Studienausgabe (Alber Praktische Philosophie 59). Alber, Freiburg i.Br.
Stollberg, D. (1988): Helfen heißt herrschen, in: Pastoraltheologie 77 (1988), 73–84.
Student, C. (Hg.) (2008): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende, 3. Aufl. Herder, Freiburg i.Br.
Thompson, C./McCaughan, D./Cullum, N./Sheldon, T. A./Mulhall, A./Thompson, D. R. (2001): Research information in nurses' clinical decision-making: what is useful?, in: Journal of Advanced Nursing 36 (2001/3), 376–388.
Uzarewicz, Ch./Piechotta, G. (Hg.) (1997): Transkulturelle Pflege. Sonderband zu „Curare". Zeitschrift für Ethnomedizin. Verlag für Wissenschaft und Bildung, Berlin.
Veatch, R. M./Fry, S. T. (1987): Case Studies in Nursing Ethics, Philadelphia.
Wallner, J. (2004): Ethik im Gesundheitssystem (UTB 2612). Facultas, Wien.
Weber, M. (2002): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie, hg. v. J. Winckelmann, 5., rev. Aufl. (Nachdruck), Mohr Siebeck, Tübingen.
Wiesemann, Cl./Biller-Andorno, N. (2008): Medizinethik. Für die neue AO, unter Mitarbeit von A. Frewer. Thieme, Stuttgart.
Wiesemann, Cl./Erichsen, N./Behrendt, H./Biller-Andorno, N./Frewer, A. (Hg.) (2003): Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart.
Willi, J./Heim, E. (1986): Psychosoziale Medizin. Gesundheit und Krankheit in bio-psycho-sozialer Sicht, 2 Bde. Springer, Berlin.
Wirsing, K. (1993): Psychologisches Grundwissen für Altenpflegeberufe. Ein praktisches Lehrbuch. 4. Aufl. Beltz, Weinheim.
Wiesing, U. (Hg.) (2008): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Reclam, Stuttgart.
Ziemer, J. (1990): In Freiheit helfen. Zur psychologischen und theologischen Problematik der helfenden Berufe, in: Die Zeichen der Zeit 44 (1990/1), 6–11.

A SZERZŐ



Ulrich H. J. Körtner, Dr. theol, Dr. theol. h. c. mult., 1992 óta a Bécsi Egyetem Evangélikus Teológiai Fakultásának egyetemi tanára a rendszeres teológia szakterületén. 1957-ben született. Bethelben, Münsterben és Göttingenben folytatott teológiai tanulmányait követően segédlelkész Bielfeldben és tanársegéd a Betheli Egyházi Főiskolán (Kirchliche Hochschule Bethel). 1982-ben doktorált, 1987-ben habilitált szintén a Betheli Egyházi Főiskolán. 1986–1990 között gyülekezeti lelkész Bielefeldben. 1992–1992 között az Iserlohni Evangélikus Akadémia tanulmányi vezetője.

Legfontosabb tisztségek és szakmai megbízatások: A Bécsi Egyetem Rendszeres Teológiai Intézetének vezetője; a Bécsi Egyetem Orvosetika és Orvosjogi Intézetének elnöke; 2001–2013 között az Osztrák Szövetségi Kancellária Bioetikai Bizottságának tagja; a Humán Génterápia és Génanalízis Bizottság tagja (Szociális biztonság és generációs kérdések minisztériuma); a Betheli Bodelschwingh Alapítványok irányító tanácsának tagja.

A szerző címe:
O. Univ.-Prof. Dr. Dr. h. c. Ulrich Körtner
Institut für Ethik und Recht in der Medizin
Universität Wien
Spitalgasse 2–4, Hof 2
1090 Wien
Tel.: 01/4277–22201
Fax: 01/4277–9222
Email: ulrich.koertner@univie.ac.at

Jelen kötetet bevezető tankönyvnek szántuk a betegápolók képzéséhez és továbbképzéséhez, az ápolástudomány tanulásához [...]. A betegápolási etika alapkérdéseivel és elméleti alapjaival foglalkozik a könyv. Gyakran kiderül, hogy az orvoslásban és a betegápolásban felmerülő etikai jellegű problémák valójában kommunikációs problémák. Persze a szó igazi értelmében más a kommunikáció és más az etika, még ha az orvoslásban és a betegápolásban párbeszédes formában és folyamatszerűen történik is az etikai véleményformálás és a konkrét döntés megtalálása. Ezért kell hangsúlyoznunk, hogy az etika tudományos filozófiai (és teológiai) diszciplína, amelynek saját tárgya és önálló módszere van. [...] De nemcsak a kórházi tevékenységet kell itt figyelembe venni, hanem a tartósan kezelésre szorulók és az idősek gondozását, valamint az intézményen kívüli (házi) betegápolást is.

A betegápolás és a betegápolás etikája ma már globális összefüggésekben értelmezhető. Nemcsak arról van szó ugyanis, hogy nemzetköziesítésre került az erre vonatkozó tudományos kutatás. Szemünk előtt bontakozott ki az ápolásban részt vevő szakemberek migrációja annak minden előnyével és hátrányával a fogadó és a kibocsátó országok tekintetében. A betegápolás és szociális ellátás terén tapasztalható szakemberelvándorlás tovább erősíti a fejlett és az ún. fejlődő országok közötti különbségeket még Európán belül is. Éppen ezért égetően szükség van a betegápolás etikája terén a nemzetközi együttműködésre. Ezért az a tény, hogy ide vonatkozó tankönyvem magyar nyelven megjelenik, nagy örömmel tölt el...

(részlet az előszóból)



Prof. Dr. Dr. h. c. Ulrich H. J. Körtner
a Bécsi Egyetem Rendszeres Teológiai Intézetének vezetője, valamint a Bécsi Egyetem Orvosetikai és Orvosjogi Intézetének elnöke





ISBN: 978-616-37-1097-1